

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul, Jean-Baptiste DELAGE

Né le 8 septembre 1894 à Fouras (Charente-Inférieure)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LE DÉCOLLEMENT

DE LA

ZONE PÉRITONÉALE
ACCOLÉE MÉSOGASTRIQUE

ANATOMIE

ET APPLICATIONS CHIRURGICALES

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE. 2

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931
—

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul, Jean-Baptiste DELAGE

Né le 8 septembre 1894 à Fouras (Charente-Inférieure)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LE DÉCOLLEMENT

DE LA

ZONE PÉRITONÉALE
ACCOLÉE MÉSOGASTRIQUE

ANATOMIE

ET APPLICATIONS CHIRURGICALES

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2

1931

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT. . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MERCIER (Fernand) . . . Pharmacologie.
 MILLOT. . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONQUET. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physiologie.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	HEITZ BOYER	Clinique chirurgicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LERI	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEIL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.



Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Le Capitaine de Vaisseau DELAGE

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Disparu glorieusement en Méditerranée
avec le Cuirassé Danton qu'il commandait*

19 mars 1917.

A MA MÈRE

à qui je dois tout.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur CUNÉO

Professeur de Clinique chirurgicale

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le Professeur ROBIN (*in memoriam*).

Externat et Internat provisoire .

M. le Docteur BENSAUDE.

M. le Docteur GRENET.

M. le Professeur agrégé THIERRY.

M. le Docteur ARMAND-DELILLE.

M. le Professeur agrégé CHABROL.

Internat

M. le Docteur FREDET.

M. le Docteur MOUCHET.

M. le Docteur BAUMGARTNER.

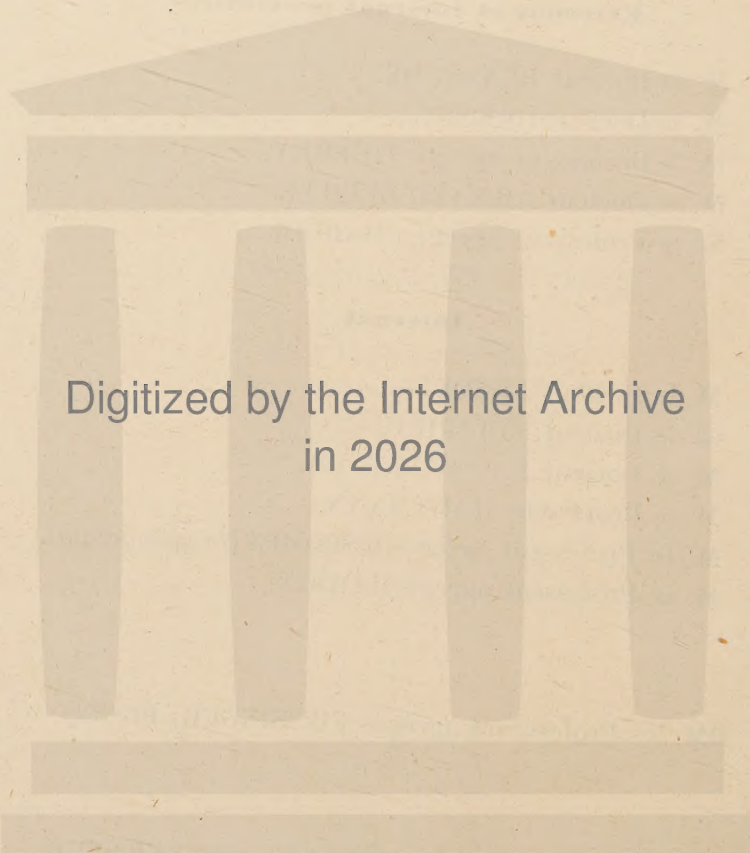
M. le Professeur HARTMANN.

M. le Professeur agrégé DESCOMPS (*in memoriam*).

M. le Professeur agrégé MARION.

MM. les Professeurs agrégés FIESSINGER, BROCC

MM. les Docteurs GIRODE, OBERLIN, GOUVERNEUR,
BERGERET, BOPPE, DENIKER, chirurgiens des Hô-
pitaux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Il y a toujours le plus grand intérêt à subordonner la technique opératoire à la texture anatomique de la région. L'étude approfondie du péritoine et surtout celle de ses zones accolées au cours du développement fait connaître des plans de clivage qui sont autant de voies d'accès naturelles dont s'est enrichie la technique chirurgicale. Les connaissances anatomiques permettent de tirer parti de voies très sûres donnant, vers la profondeur, un jour large, donc un accès commode sur les vaisseaux ou sur les viscères que l'on veut aborder ou ménager. De plus, si on le désire, on peut après décollement extérioriser facilement et sans danger des organes plus ou moins fixés à la paroi abdominale postérieure sous condition que cette mobilisation des zones accolées du péritoine reste correcte au double point de vue anatomique et physiologique.

Le clivage de la portion pariétale gauche de la zone accolée mésogastrique assure, en particulier, un abord facile de la rate, de la queue et du corps du pancréas, de l'artère et de la veine spléniques. Il permet d'éluder les difficultés, souvent très grandes, même pour le plus expérimenté, d'un abord direct des foyers pathologiques de cette région. Il donne en effet beaucoup d'aisance pour l'hémostase. C'est à propos des splénectomies difficiles que Lecène et Deniker ont écrit : « Le facteur

temps joue souvent un rôle capital dans ces opérations qui se font sur des sujets anémiques et peu résistants. L'hémostase logique, réglée sur l'anatomie normale, sera toujours préférable, parce que beaucoup plus sûre et plus rapide, à une hémostase faite au hasard longue et malgré tout peu certaine ».

C'est à notre maître M. le Pr agrégé Pierre DESCOMPS, chirurgien de la Charité, que nous devons les directives de ce travail. Il y a de nombreuses années que nous avons recours à ses conseils éclairés et que sa bienveillance constante nous est acquise. C'est un bien agréable devoir pour nous que de lui témoigner ici toute notre reconnaissance. Les voies d'abord qu'il propose par décollement dans le territoire mésogastrique et qui jusqu'ici ont à peine attiré l'attention des chirurgiens, plus sollicités par le territoire mésoduodénal et les territoires mésocoliques, présentent le plus grand intérêt. C'est une lacune à combler. Les nouvelles techniques qui en découlent permettent, en effet, de répondre aux desiderata formulés plus haut ; elles sont susceptibles de nombreuses applications. En les étudiant avec quelques détails on pourra constater qu'elles rentrent dans le cadre des lois générales qui gouvernent la chirurgie abdominale.

Pour exposer avec netteté des applications dérivant de connaissances anatomiques il faut avant tout mettre en lumière ces notions anatomiques. C'est ce qu'a réalisé M. Pierre Descomps en 1922 dans son travail d'ensemble sur les zones accolées du péritoine.

Nous étudierons donc d'abord la zone péritonéale accolée mésogastrique en insistant sur son segment le moins connu et qui répond à sa partie haute, pariétale gauche. Or pour bien comprendre les zones d'accolement, un seul procédé d'exposition est commode, c'est l'em-

des de nouvelles données par le développement des modifications successives de la région. Nous utiliserons pour cela d'une part des dessins de M. Descomps, tirés du travail précité ou d'autres travaux plus récents ou inédits, et d'autre part ceux que nous avons établis à la chambre claire d'après nos préparations de fœtus.

Nous exposerons ensuite l'anatomie de l'artère splénique en précisant certains points du trajet et du mode de terminaison de ce vaisseau. Notre documentation anatomique est, sur ce point, fournie par 18 dessins d'après nature et inédits que notre maître, avec sa bonne grâce habituelle, a bien voulu nous remettre.

Les connaissances anatomiques nécessaires ainsi précisées, nous envisagerons les applications chirurgicales qui en découlent. Nous exposerons les procédés de décollement de la zone accolée mésogastrique, en particulier la découverte qu'ils facilitent de l'artère splénique, faisant ainsi connaître deux nouvelles techniques de la ligature de ce vaisseau. Des recherches cadavériques nous ont amené à mettre au point ces procédés ; des dessins d'après nature les feront, nous l'espérons, aisément comprendre. Un certain nombre d'observations médicales, provenant de son service, et que nous a confiées M. Pierre Descomps appuieront cette démonstration, ainsi qu'une très belle observation de kyste du pancréas due à l'obligeance de M. Deniker.

Notre mémoire comprendra donc deux parties :

La première partie, anatomique, exposera le développement, l'évolution topographique de la zone accolée mésogastrique et la disposition des vaisseaux spléniques.

La seconde partie, chirurgicale, envisagera les applications chirurgicales au péritoine proprement dit et à ses dépendances, à la rate, au pancréas, au rein et à la

surrénale gauches, aux lymphatiques et ganglions de la région.

*
* *

La mort de notre maître, M. le Dr. Pierre Descomps, survenue brusquement pendant l'impression de ce mémoire nous affecte douloureusement. Elle nous prive non seulement des conseils d'un maître respecté mais aussi des avis affectueux d'une amitié dont nous étions très honoré. C'est constamment guidé par lui que nous avons pu mener à bien ce travail où l'on retrouvera une grande partie de son enseignement.

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE CHIRURGICALE



CHAPITRE I^{er}

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE ÉVOLUTIVE DE LA ZONE PÉRITONÉALE ACCOLÉE MÉSOGASTRIQUE

A. — La zone accolée mésogastrique

Il est utile de rappeler d'abord la disposition générale des zones accolées du péritoine et d'y fixer la place qu'occupe dans ces accolements la zone accolée mésogastrique.

L'étude des zones accolées est encore incomplète, bien que des travaux partiels assez nombreux soient venus développer et illustrer l'idée première de Toldt.

« Les documents simplifiés, facilement utilisables pour la pratique chirurgicale, sans long travail personnel de réflexion et d'adaptation, ne sont pas nombreux et restent en tout cas dispersés », dit Pierre Descomps dans son travail précité sur les zones accolées du péritoine. Ce sont ces figures et schémas relatifs à la zone accolée mésogastrique que nous allons reproduire, car ils constituent le document d'ensemble actuel le plus complet sur la question.

La disposition primitive, bien connue, du tube digestif sous-diaphragmatique est très simple : le péritoine

viscéral qui l'entoure forme, dorsalement, des mésos à double feuillet contenant les pédicules vasculaires. Secondairement vont se produire des rotations, coudures, juxtapositions, adossements et enfin accollements.

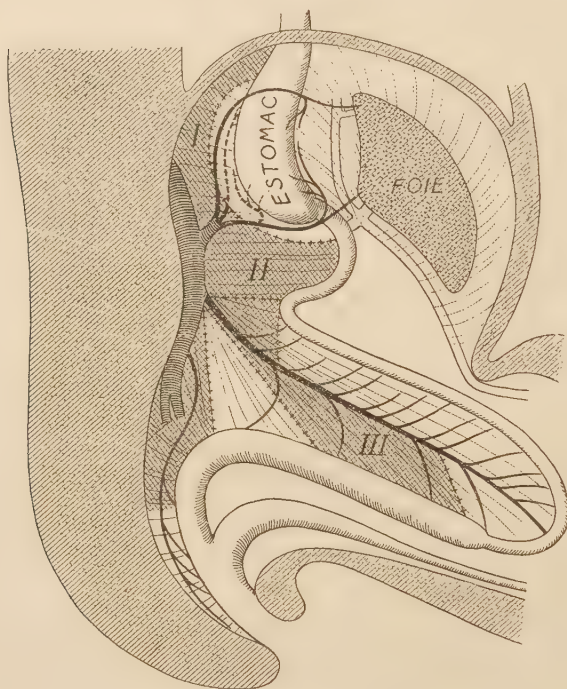


FIG. 1. — Coupe schématique paramédiane d'un jeune embryon la paroi antérieure étant constituée. Les 4 anses du tube intestinal sont bien dessinées ; les limites des mésos correspondants sont indiquées par des pointillés qui divisent en 4 le méso dorsal primitif. Chacun de ces mésos — le second excepté — présente un ou deux segments libres (en blanc) et un segment qui s'accôle en gris). Les segments qui s'accolent sont numérotés de haut en bas, dans l'ordre de leur superposition primitive dans le méso-dorsal : I, zone accolée mésogastrique ou fascia I ; II, zone accolée mésoduodénale ou fascia II ; III, zone accolée mésocolique droite ou fascia III ; IV, zone accolée mésocolique gauche ou fascia IV. Remarquer la disposition primitive des artères de l'estomac (D'après TURNESCO, modifié).

Ce sont de telles dispositions qui constituent, parmi d'autres analogues, la zone accolée mésogastrique.

Le méso postérieur du tube digestif, le seul qui nous intéresse ici, est primitivement disposé dans le plan

médian antéro-postérieur, donc sagittal, ininterrompu depuis le diaphragme jusqu'au plancher pelvien (fig. 1). L'évolution modifie ce méso.

Les courbures successives du tube digestif abdominal, résultat des modifications de sa longueur et de son calibre permettent d'y distinguer quatre segments superposés.

Le premier segment, le plus élevé, renflé en fuseau, plus ou moins rectiligne, légèrement convexe en arrière est l'anse gastrique, qui donnera non seulement l'estomac mais la portion abdominale de l'œsophage et la première portion, mobile, du duodénum.

Le deuxième segment forme une anse courte, fortement concave en arrière, c'est l'anse duodénale, qui donnera les 3 dernières portions, fixes, du duodénum.

Le troisième segment, très long, est également concave en arrière, c'est l'anse ombilicale, qui donnera le jéjuno-iléon et la portion du gros intestin située en amont de l'angle gauche. Deux coudes, très bien marqués, limitent nettement cette anse dont le sommet répond à l'ombilic et au canal vitellin, canal dont le reliquat est le diverticule de Meckel. Celui des deux coudes qui est en amont et qui sera l'angle duodéno-jéjunal est fixé précocément par des fibres qui formeront en particulier le muscle de Treitz. Le coude inférieur futur angle gauche du côlon est également fixé d'une façon précoce par des fibres qui formeront en particulier le ligament d'Adenot.

Le dernier segment, plus ou moins rectiligne, très légèrement convexe en arrière, renflé à son pôle inférieur en ampoule, formera la portion terminale du gros intestin située en aval de l'angle colique gauche.

A chacun de ces quatre segments correspondent en arrière quatre portions différenciées du méso portant les vaisseaux. On distingue de haut en bas :

Un mésogastre postérieur, dont nous aurons spécialement à nous occuper ;

Un mésoduodénum ;

Un méso de l'anse ombilicale, dont la partie qui formera le mésocôlon transverse, en raison de ses connexions secondaires avec le mésogastre, retiendra notre attention ;

Un méso de l'anse terminale.

Le travail complexe des transformations s'accomplit et Pierre Descomps en a suivi tous les temps dans son travail précité.

Le mésoduodénum est le seul à s'accoler en totalité. Tous les autres présentent des accollements seulement partiels.

Ces zones du péritoine réalisent ces accollements par fixation soit au péritoine pariétal, soit au péritoine viscéral, ou à des organes revêtus de péritoine ou à des mésos eux-mêmes selon les niveaux.

Ce sont les fascias conjonctifs, parfois denses, résultats de ces accollements, qui fixent souvent les viscères. Ce sont ces territoires accolés qui, par décollement opératoire des feuillets péritonéaux qui les constituent, permettront des voies d'accès naturelles, des mobilisations, des extériorisations d'organes, lorsqu'on les aura éviscérés pour leur rendre en quelque sorte, temporairement, leur disposition primitive.

Adoptant la nomenclature simplifiée de Pierre Descomps ces fascias d'accolement peuvent être désignés par un numéro d'ordre de haut en bas. Ainsi la zone accolée mésogastrique est la zone accolée I ; l'accolement du mésoduodénum est la zone accolée II ; la zone acco-

lée III répond à la partie accolée de l'anse ombilicale ; la zone accolée IV est celle de l'anse terminale.

Voyons d'abord la disposition type de l'accolement, (fig. 2). Pour en mieux rappeler les limites nous nous servirons des vaisseaux artériels dont la série continue des points de pénétration dans la racine des mésos



Fig. 2. — Segment supérieur pariétal de la zone accolée mésogastrique. Disposition typique de l'accolement (en gris). (D'après Pierre DESCOMPS).

restés mobiles va nous servir plus loin de repère. Sur la ligne médiane, dans ce qui est primitivement la ligne d'origine des mésos, on trouve la naissance des trois gros troncs directeurs : tronc cœliaque, grande mésentérique, petite mésentérique. On trouvera les collatérales dans la ligne sinueuse des mésos définitifs (fig. 3).

L'évolution du péritoine et des vaisseaux est assez connue pour qu'on puisse en faire état sans commentaires superflus.

Pendant que l'anse terminale se rabat vers la gauche, et l'anse duodénale vers la droite, que l'anse ombilicale

tourne sur son axe, puis se rabat vers la droite, l'anse gastrique se rabat vers la gauche dans un mouvement plus complexe.

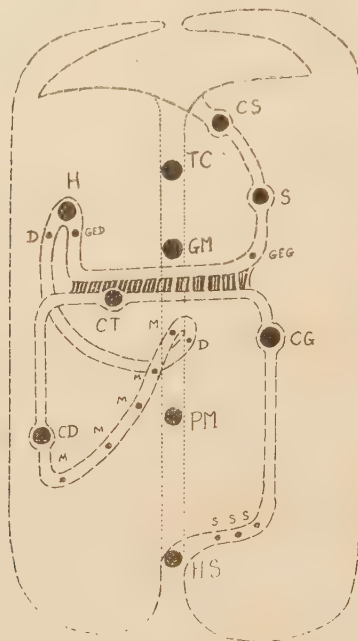


FIG. 3. — Les vaisseaux artériels dans la série continue de la racine des mésos à la fin du développement. La série continue des mésos est indiquée par la double ligne à traits coupés, limite du péritoine pariétal et du péritoine viscéral. Les trois gros troncs d'origine émergeaient dans la ligne primitive médiane des mésos ; les collatérales émergent dans la ligne définitive sinueuse des mésos. Suivre de haut en bas cette ligne et repérer les artères, indiquées par les lettres initiales de leur nomenclature classique (D'après Pierre Descomps).

Rappelons seulement les stades aboutissant à la formation de la zone accolée I qui nous occupe spécialement. Son mouvement complexe peut être ramené à deux rotations. L'une autour d'un axe vertical, due au développement de la rate et du pancréas en arrière, du foie en avant ; ainsi la face gauche de l'estomac devient antérieure, la face droite devenant donc postérieure. L'autre rotation, moins importante, se fait autour d'un

axe horizontal : le cardia passe un peu vers la gauche, le pylore se porte plus largement vers la droite. De ce double mouvement résulte le déplacement des mésos et la formation de la poche mésogastrique, bourse rétro-stomacale, arrière-cavité des épiploons. La portion supérieure pariétale de la zone accolée I est formée, (fig. 4).

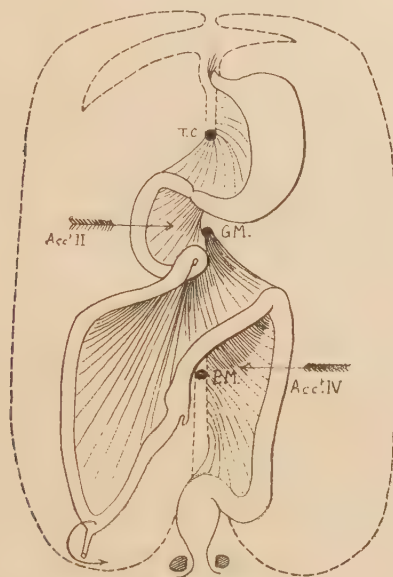


FIG. 4. — Les anses mobiles ont accompli ou ébauchent leur mouvement de rabattement. Les zones d'accolement sont nettement indiquées. (D'après Pierre DESCOMPS).

Ultérieurement se produit le creusement et l'abaissement progressif de la poche mésogastrique, deuxième degré de l'évolution de la zone accolée I, entraînant la formation de sa portion inférieure viscérale (fig. 5 et 6).

Il faut noter que l'étendue des surfaces accolées augmente avec l'âge et que si certains excès d'accolement existent dès la naissance, la plupart se rencontrent chez des sujets âgés, encore que chez ces derniers il

faillie faire aussi la part des processus adhésifs pathologiques.

Les vaisseaux déviés dirigent toute l'évolution du péritoine.

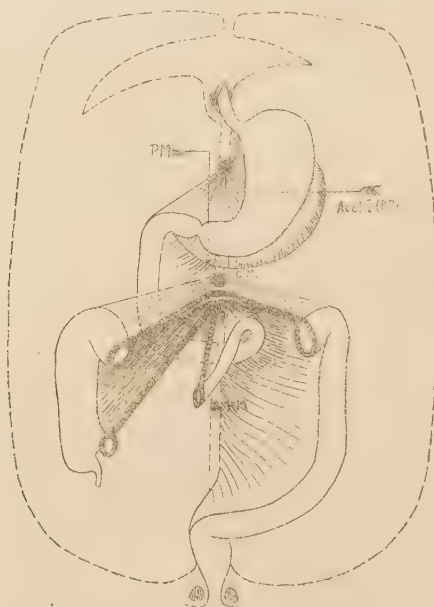


FIG. 5. — La portion supérieure pariétale de la zone accolée mésogastrique est formée (Acet I. P. P.). Le creusement et l'abaissement de la poche mésogastrique (P. M.) s'ébauchent. D'après Pierre DESCOMPS.

Primitivement, alors que l'estomac est encore sagittal, les branches du tronc cœliaque aboutissant à l'estomac forment, comme l'a bien dit et figuré Fredet, deux cercles inscrits l'un dans l'autre. Ils sont fixés l'un et l'autre en arrière, au niveau des origines des artères, à l'aorte, donc à la paroi abdominale postérieure.

Le plus grand de ces cercles est formé par la coronaire stomacalique d'une part, l'hépatique et sa branche coronaire d'autre part. Il se fixe au bord ventral, qui sera la petite courbure de l'estomac ; il croise en haut et en bas la face droite du viscère.

Le plus petit de ces cercles, contenu dans l'aire du précédent et tangent à lui, est représenté par la splénique et sa branche gastro-épiploïque gauche d'une part, par l'hépatique, le tronc gastro-duodénal et sa branche gastro-épiploïque droite d'autre part ; il se fixe au bord dorsal, future grande courbure.

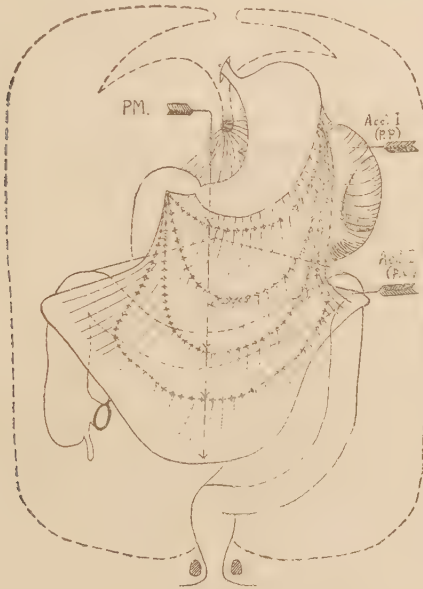


FIG. 6 — Creusement et abaissement progressif de la poche mésogastrique. Formation de la portion inférieure viscérale de la zone accolée I. Les épiploons coliques sont bien indiqués (D'après Pierre DESCOMPS).

Secondairement, quand l'estomac tourne de façon, nous l'avons dit, à orienter en arrière sa face droite et à gauche son bord dorsal, la splénique, solidaire de ce bord dorsal, l'accompagne et subit de ce fait le plus grand déplacement, elle est entraînée vers la gauche, (fig. 7 et 8).

La coronaire stomachique fixée au bord ventral de l'estomac n'est pas entraînée quand l'estomac tourne.

L'hépatique s'implante au bord ventral par sa branche coronaire et au bord dorsal par sa branche épiploïque ; elle devrait donc accompagner le bord dorsal vers la gauche ; mais grâce à la longueur de la gastro-duodénale elle n'est pas obligée de suivre complètement ce bord, elle se porte de la paroi au milieu de la face postérieure du pylore.

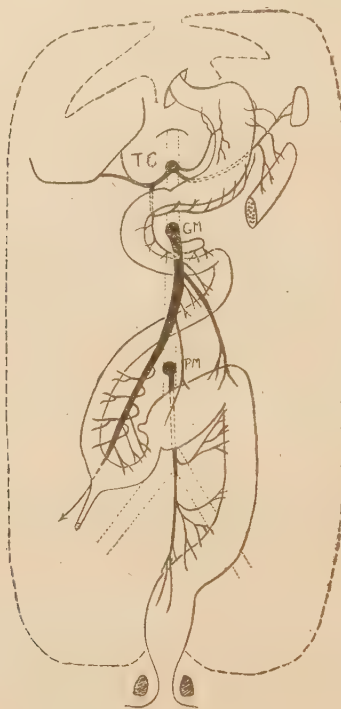


FIG. 7. — Dans cette figure et la suivante les vaisseaux artériels sont seuls envisagés. Ici on a figuré un aspect assez précoce de cette disposition des vaisseaux, les mouvements futurs étant esquissés (d'après Pierre DESCOMPS).

Pour compléter l'étude du développement embryologique de la splénique nous emprunterons les renseignements suivants à Rio Branco résumant les recherches de Rossi et Cova.

Primitivement l'artère splénique est surtout gastrique, ce n'est que secondairement qu'elle vascularise essentiellement la rate.

Au premier stade, l'artère arrivée au bord postérieur de l'estomac, future grande courbure, se divise en deux branches l'une ascendante qui remonte vers la grosse tubérosité et le cardia, branche supérieure ou cépha-

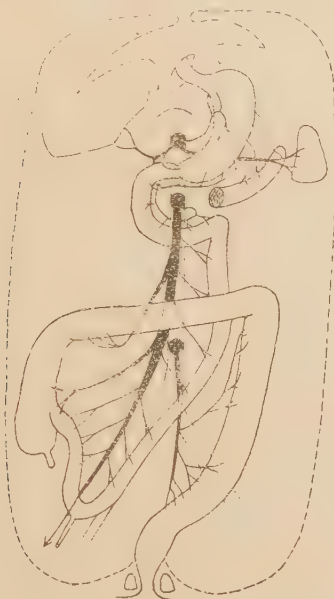


FIG. 8. — Situation des vaisseaux artériels au stade terminal (D'après Pierre DESCOMPS).

lique, l'autre descendante plus importante, qui descend le long de la grande courbure, branche inférieure ou caudale. De chacune de ces branches naissent des vaisseaux gastriques courts, et qui à ce stade sont vraiment des vaisseaux courts.

Au second stade, lorsque la rate apparaît dans le mésogastre postérieur, sa vascularisation se fait aux dépens des vaisseaux courts qui sont dans son voisinage

immédiat. C'est d'une façon constante que la branche inférieure fournit à la rate; la branche supérieure au contraire joue dans l'irrigation de la rate un rôle variable et inconstant.

Quand le développement est achevé la branche descendante forme la terminaison véritable du tronc splénique, avec ses deux branches terminales d'où naissent comme collatérales la gastro-épiploïque gauche et les vaisseaux courts gastriques. Ainsi se trouvent expliquées par l'embryologie les anomalies d'origine de la gastro-épiploïque gauche et la difficulté d'interprétation de certains cas que nous verrons plus loin.

La branche ascendante pourra, à ce moment, suivant les cas, être un vaisseau uniquement gastrique ou uniquement splénique, avec tous les intermédiaires entre ces deux types extrêmes.

« Avec Rossi et Cova on doit donc considérer comme constante, chez l'adulte, la présence d'une forte collatérale du tronc splénique, représentant la branche céphalique primitive. Cette collatérale pourra se présenter sous l'un des trois aspects suivants :

1° Dans la moitié des cas environ elle naît près de l'origine de la splénique, son territoire est à peu près exclusivement gastrique.

2° Dans l'autre moitié des cas elle naît près de la terminaison splénique, son territoire est à peu près exclusivement splénique, c'est la branche dite polaire supérieure.

3° Dans un petit nombre de cas on peut trouver un type intermédiaire, véritable type de passage entre les deux précédents.

B. — Le pancréas, le côlon transverse et son méso, les angles coliques dans leurs rapports avec la zone accolée mésogastrique

a) Le pancréas

Nous ne rappellerons de l'évolution topographique du pancréas que ce qui touche à notre projet.

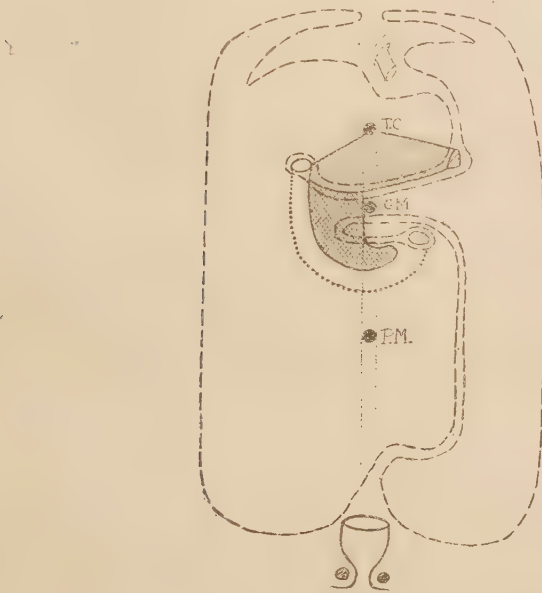


FIG. 9. — Ce schéma et les deux suivants résument l'évolution de l'accolement complexe du pancréas. On voit nettement que la queue et le corps du pancréas évoluent avec l'anse gastrique : la tête du pancréas évoluant avec l'anse duodénale (D'après Pierre Descomps.).

La situation de la tête du pancréas dans le mésoduodénum, le corps étant dans le mésogastre postérieur donne la clé de toute la disposition du pancréas définitif (P. Fredet). En effet chacune des portions suit le sort du méso qui la contient, s'oriente et s'accolle avec lui ; la tête se rabat vers la droite, le corps avec son appen-

dice caudal plus ou moins isolé se rabat vers la gauche ; la rotation de l'estomac entraîne la plicature du pancréas sous la ligne de l'artère hépatique : le corps devient horizontal et s'abaisse (fig. 9, 10 et 11). Intervient enfin l'évolution du côlon transverse et de son méso.

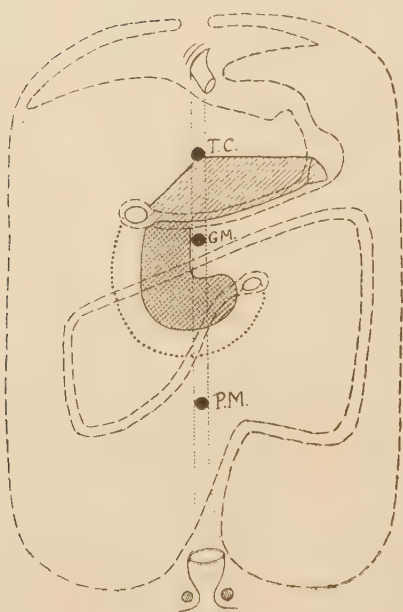


FIG 10. — (D'après Pierre DESCOMPS).

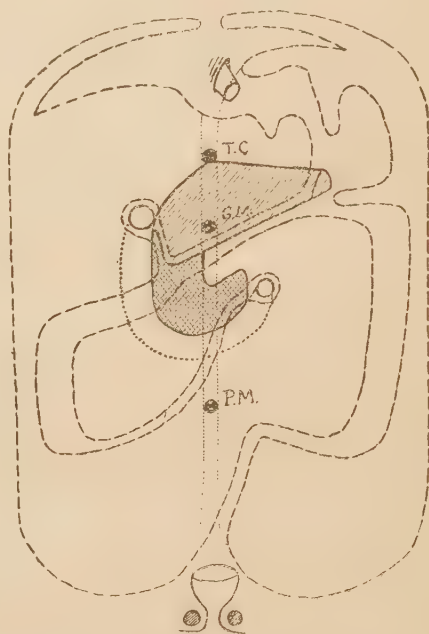


FIG 11. — (D'après Pierre DESCOMPS).

Ainsi la zone accolée mésogastrique intervient directement et indirectement dans la topographie du corps du pancréas. Ce sont des faits bien connus sur lesquels il serait superflu d'insister.

b) Le côlon transverse

Nous ne rappellerons de l'évolution topographique du côlon transverse que ce qui intéresse notre sujet. C'est un chapitre anatomique moins connu que celui qui concerne l'évolution du pancréas et nous devons entrer

dans quelques détails. Nous prendrons pour guide le mémoire de Laban qui lui-même a pour base un exposé inédit de Pierre Descomps.

Nous savons que l'angle gauche des côlons est fixé précocement. Les segments du côlon situés en aval se fixent rapidement à la paroi gauche sinon dans leur forme du moins dans leur topographie.

Les segments du côlon situés en amont ont une évolution beaucoup plus lente. Ces segments non différenciés forment d'abord le côlon ombilical, ou côlon oblique ; puis, pendant que le mouvement qui se fait en sens inverse de celui des aiguilles d'une montre, entraîne le sommet de l'anse ombilicale, il se produit un second mouvement qui coude le côlon dans le plan frontal et qui ébauche l'angle droit des côlons. Cet angle, à sinus ouvert en bas et à gauche, va s'accroître du fait, d'une part, de l'abaissement du cæcum et du côlon lombaire droit, d'autre part, de l'allongement propre du côlon transverse.

Le côlon transversal a alors acquis sa forme générale définitive. Cette portion transversale des côlons présente donc entre deux angles, droit et gauche, fixés, une portion mobile, le côlon transverse proprement dit.

Le côlon transverse proprement dit comporte :

1^o Une anse droite, descendante, presque horizontale, courte, peu mobile, dite anse hépato-colique, variable avec la disposition de l'angle hépatique qui la conditionne ;

2^o Une anse gauche, presque verticale, longue, très mobile, dite anse gastro-colique, portion essentiellement permanente du fait de la constance de l'angle gauche qui la conditionne.

Ces deux portions se continuent l'une dans l'autre, sans démarcation nette, suivant une courbe médiane ou

paramédiane droite, dans quelques cas suivant un angle des plus variables.

C'est l'anse gauche, gastro-colique, qui, faisant partie de la région qui nous occupe, doit retenir notre attention.

Dans l'ensemble elle décrit une légère courbe à concavité supérieure et droite qui part à peu près du bord gauche de la deuxième portion du duodénum, par conséquent un peu à droite de la ligne médiane, puis se dirige en haut, à gauche et en arrière vers la rate. Située contre la grande courbure gastrique, qu'elle suit et dont elle épouse la direction générale, c'est l'anse dont le méso d'attache est le plus long, c'est l'anse la plus mobile.

Nous n'insisterons pas sur les dimensions, longueur ou calibre, de cette anse. Ce serait, au dire de Robin, « celle qui de tout le gros intestin, est susceptible des plus grandes variations ». Evitons des comparaisons discutables et bornons-nous à constater ses très grandes variations. De même en raison de ses déplacements faciles, sa direction subit des modifications fréquentes, en rapport avec l'état de distension ou de vacuité des viscères creux voisins. Rappelons seulement les variations de situation en rapport avec les dimensions de la base du thorax (Okinczyc).

c) **Le mésocôlon transverse**

C'est par son attache à la paroi un méso très complexe, mais dont il nous semble d'autant plus utile de préciser l'évolution et la disposition définitive qu'il présente un grand intérêt pour notre sujet. Il marque en effet la limite inférieure de la zone accolée mésogastrique quant à sa portion pariétale, et représente au niveau du bord inférieur de sa racine une des voies

d'abord et de décollement de cette zone que nous proposons d'exposer de façon toute particulière. La question, une des plus difficiles à bien saisir dans la morphogénèse du péritoine, demande la plus grande attention en raison de la multiplicité des faits et de la complexité de la nomenclature.

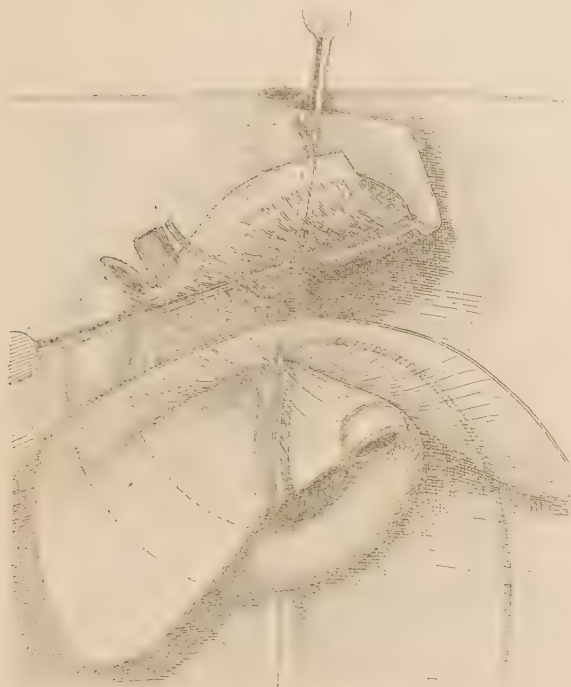


FIG. 12 — La continuité des mésos digestifs postérieurs avant les accollements. Le mésogastre est supposé détaché, ce qu'indique la sonde cannelée supérieure. Le creusement du mésogastre est ébauché, mais son abaissement ne s'est pas produit. La sonde cannelée inférieure indique où se fait la plicature du pancréas (D'après TRAVESCO légèrement modifié)

Sur le schéma (fig. 12) on voit supposés relevés et détachés : en haut le mésogastre, l'arrière-cavité étant creusée ; au-dessous l'emboîtement des deux cônes enroulés formés par les mésos ayant pour sommet l'axe de rotation formé par l'artère grande mésentérique.

Si on remet les choses en place (fig. 13), des sondes cannelées séparant les divers plans superposés, on voit bien à quels niveaux et comment vont pouvoir se produire des accolements péritonéaux. Cette figure d'im-

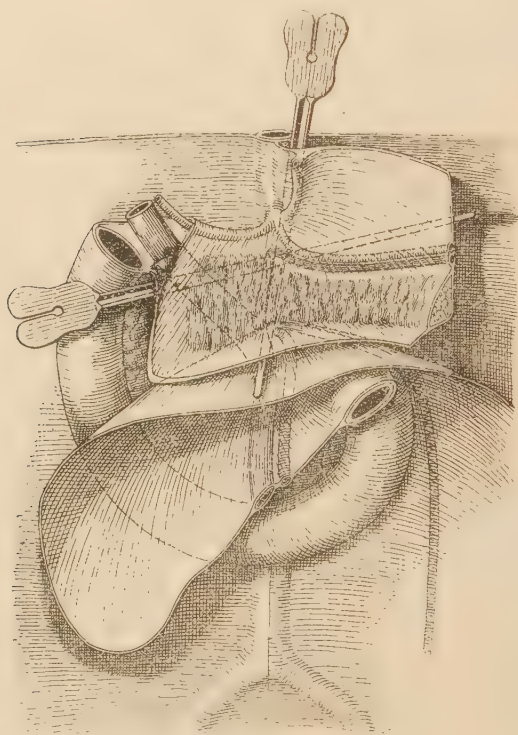


FIG. 13. — Même figure que la précédente. Les méso sont remis en place. Les deux sondes reperent comme précédemment le mésogastre. L'extrémité inférieure de la sonde verticale séparant les feuillets qui vont constituer le mésocolon transverse définitif (D'après TURNESCO, légèrement modifié).

portance capitale donne la clé de l'évolution de tous les méso de la région.

Il existe à ce niveau une zone d'accolement dont la connaissance est essentielle pour comprendre ce qu'est le mésocolon transverse définitif. Cette zone d'accolement se place entre le mésogastre et le mésocolon trans-

verse primitif, vrai méso du côlon transverse propre (fig. 14). Cette figure schématique met en évidence la superposition des quatre feuillets péritonéaux. La lame complexe qui en résulte est, on le voit, une lame mésogastro-mésocolique.

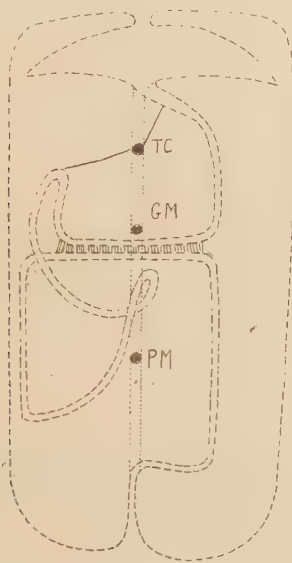


FIG. 14. — L'accolement, figuré par une ombre, du mésogastre et du mésocôlon marque l'union de la portion pariétale et de la portion viscérale de la zone accolée I. On voit clairement la superposition des 4 feuillets péritonéaux (D'après Pierre DESCOMPS).

« Mais très rapidement les deux feuillets adjacents, c'est-à-dire le feuillet inférieur du mésogastre et le feuillet supérieur du mésocôlon transverse primitif, s'accolent à la faveur de leur adossement. De sorte que seuls subsistent le feuillet supérieur du mésogastre et le feuillet inférieur du mésocôlon transverse. Il en résulte que, dans toute la zone répondant à cet accolement, il ne reste plus que ces deux feuillets qui forment la racine d'un mésocôlon transverse secondaire très différent du mésocôlon transverse primitif vrai. » C'est

de ce méso secondaire qu'il s'agit lorsqu'on parle de façon courante en anatomie du mésocôlon transverse; c'est par lui que va se réaliser l'attache pariétale définitive du méso du segment mobile de la portion transversale des côlons, le côlon transverse proprement dit.

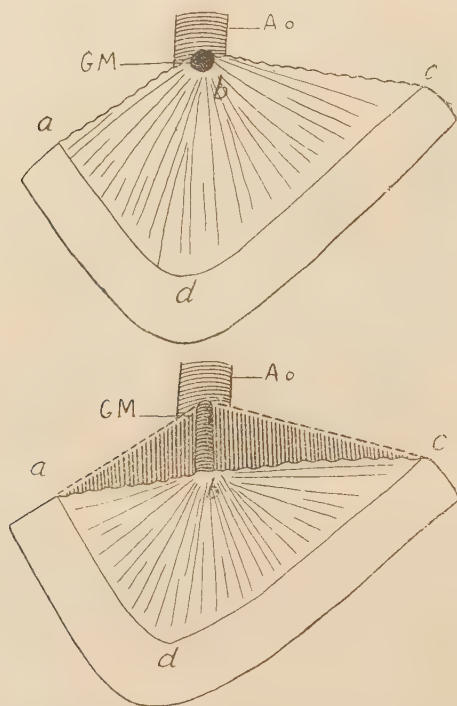


FIG. 15 et 16. — Evolution du mésocôlon transverse. Abaissement de la racine du mésocôlon transverse (D'après Pierre DESCOMPS).

Survient alors un autre phénomène : l'abaissement de la racine du mésocôlon transverse. Le mésocôlon transverse présente d'abord l'aspect d'un segment de cône, avec une racine pariétale coudée, ou, si l'on préfère cette formule, avec deux racines pariétales, l'une droite, l'autre gauche, dont l'angle au sommet répondant à la grande mésentérique est médian et haut situé sur

l'aorte (fig. 15). Du fait de l'abaissement de l'estomac et du corps du pancréas (fig. 16), cette racine s'abaisse elle aussi, de telle sorte que l'angle au sommet disparaît. Il se forme ainsi une petite zone accolée sous-mésocolique de surface triangulaire, à sommet supérieur, à base inférieure. Cette base représente la racine, celle-ci vraiment définitive, du mésocôlon transverse.

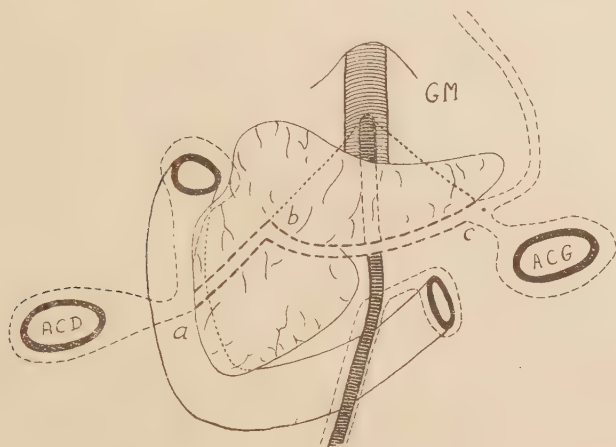


FIG. 17. — La racine du mésocôlon transverse (D'après Pierre DESCOMPS).

On peut lui décrire topographiquement deux portions, (fig. 16 et 17), par rapport au pancréas au contact duquel elle se trouve :

Une portion droite, très courte, située au devant de la tête du pancréas ;

Une portion gauche, longue, qui suit le bord inférieur et antérieur du corps du pancréas.

Cette cloison transversale ainsi constituée va séparer en deux étages la cavité abdominale. Son siège par rapport au pancréas peut être un peu variable. On en décrit deux types extrêmes.

Dans le type classique (fig. 18), la cloison est en position haute. Le pancréas appartient à la fois aux deux étages. Le mésocôlon transverse présente son type long et large. L'angle colique droit, déjeté à droite du duodénum, présente une courbure unique. Les angles coliques apparaissent à découvert, l'épiploon étroit ne les recouvrant pas.

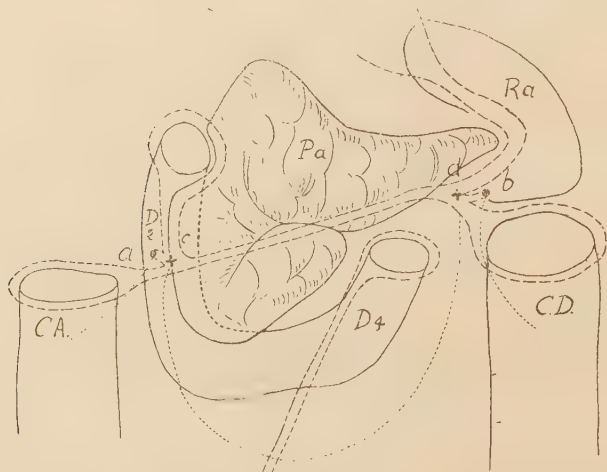


FIG. 18. — Situation haute de la racine du mésocôlon transverse. Type classique. Les points *a* et *b* indiquent les limites de la poche gastrique, dont la partie initiale du bord libre est sommairement indiquée à droite et à gauche par un pointillé fin. Les croix *c* et *d* indiquent la limite de l'insertion pariétale du mésocôlon transverse, dont le bord intestinal est marqué par une ellipse en pointillé fin. (D'après Pierre Descomps).

Le second type (fig. 19), est en réalité l'aspect le plus fréquemment rencontré. La cloison est en situation basse. Le pancréas appartient en totalité à l'étage supérieur. Le mésocôlon transverse est alors étroit et court. L'angle colique droit est large, à courbure double, préduodénal. Le grand épiploon est particulièrement large, couvrant les angles coliques. formant par ses prolongements les épiploons coliques droit et gauche.

Nous retrouverons ces particularités à propos de la

voie d'accès sous-pancréatique et sous-mésocolique sur la splénique.

Enfin dernier phénomène évolutif le côlon transverse et son méso sont recouverts par la poche mésogastrique. Il en est de même des angles coliques comme nous le rappellerons plus loin.

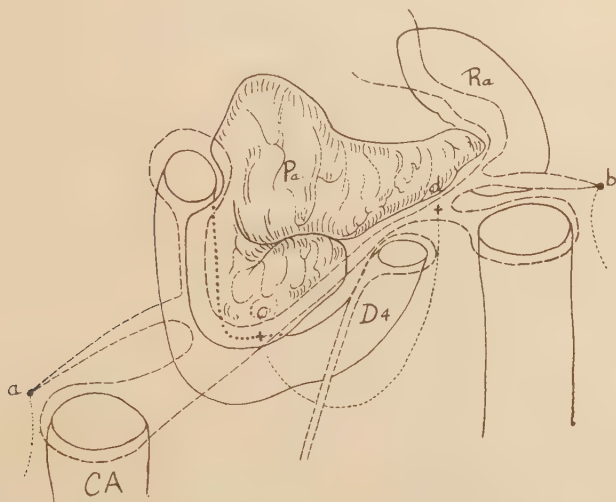


FIG. 19. — Situation basse de la racine du mésocolon transverse (D'après Pierre Descomps).

Dans la partie moyenne, centrale, de la poche mésogastrique de l'estomac au côlon transverse, la lame postérieure ou directe de cette poche est accolée à la paroi abdominale postérieure, puis au mésocôlon, puis au côlon lui-même et enfin forme plus bas le feuillet postérieur du grand épiploon. La lame antérieure ou réfléchiée est habituellement libre, les anciens auteurs l'avaient isolée sous le nom de ligament gastro-colique, au delà, plus bas, elle forme le feuillet antérieur du grand épiploon.

Cette portion moyenne, centrale, de la poche mésogastrique est mobile et à la mobilité de l'estomac répond

celle du côlon. La poche mésogastrique qui tend à s'oblitérer vers la droite est, au contraire, le plus habituellement perméable assez loin vers la gauche.

Sur les côtés, en se rapprochant des angles coliques, il faut distinguer avec soin le diverticule omental, le grand épiploon, des prolongement de la poche mésogastrique proprement dits. L'épiploon, mais l'épiploon seul, est en quelque sorte étiré latéralement (fig. 6), devant les angles coliques jusqu'au contact des parois latérales de l'abdomen.

L'indépendance entre la poche mésogastrique, d'une part, le côlon et le mésocôlon transverse, d'autre part, est mise à profit dans la manœuvre chirurgicale dite décollement colo-épiploïque. En fait on pratique ainsi le décollement de la poche mésogastrique dans sa portion basse et il s'agit d'un simple dédoublement puisque, comme nous l'avons vu, des quatre feuillets primitifs il n'en reste plus que deux. C'est la seule utilisation qu'on ait pratiqué jusqu'ici du décollement de la zone mésogastrique accolée dont nous nous proposons d'élargir l'étendue et les indications.

d) Les angles coliques.

La fixation des angles, chez l'embryon, est essentiellement le fait des accollements péritonéaux, les épiploons coliques de Haller, dépendances latérales du grand épiploon, y contribuant plus ou moins largement en surface, mais à titre secondaire. Chaque angle est finalement fixé, formule schématique commode, par trois ligaments : un ligament superficiel, un ligament moyen, un ligament profond.

1° Ligaments de l'angle droit :

α) Ligament superficiel. Il est d'origine épiploïque, épiploon colique droit. Dans le type le plus fréquent il

est vaguement quadrilatère. Il est pariéto-colique. Assez rarement il est très développé et descendant plus ou moins bas vers le cæcum en formant un voile précolique droit. D'autres fois il est plus ou moins réduit ou même manque complètement.

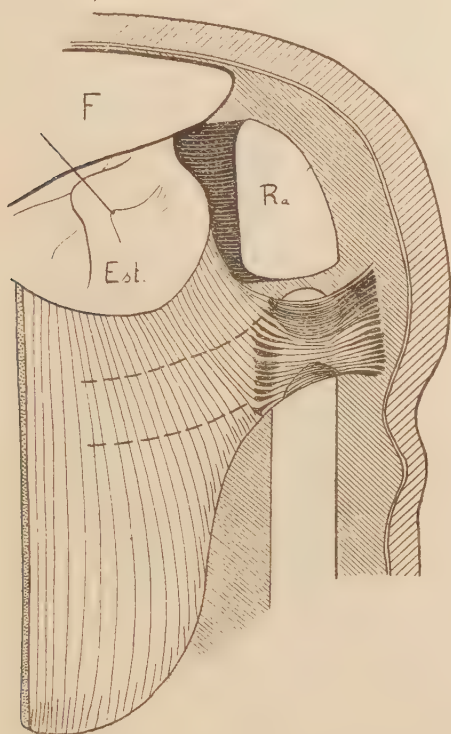


FIG. 20. — Angle colique gauche. Ligament superficiel. Type moyen (D'après Pierre DESCOMPS).

β) Ligament moyen. Il comprend deux plans :

Un plan superficiel, viscéro-colique, auquel on a distingué de nombreuses portions, et qui est en quelque sorte un prolongement du petit épiploon.

Un plan profond, pariéto-colique, habituellement insignifiant.

γ) Ligament profond. Ligament phréno-colique droit de quelques auteurs. Il n'existe pas en réalité ; l'angle hépatique, très superficiel, d'apparition secondaire, n'ayant pas de connexions profondes primitives avec le diaphragme.

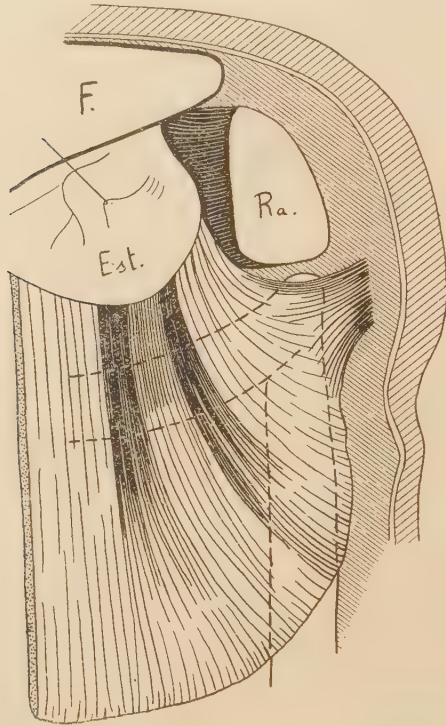


FIG. 21. — Angle colique gauche. Ligament superficiel. Excès de développement (D'après Pierre Descomps).

L'angle droit a donc une fixation très variable et en général assez précaire.

2° Ligaments de l'angle gauche :

α) Ligament superficiel. Il est d'origine épiploïque, épiploon colique gauche. Très développé une fois sur quarante ; il est moyennement développé huit fois sur dix ; très peu développé deux fois sur dix. Dans son

type habituel il est pariéto-colique, vaguement quadrilatère. Par son bord supérieur concave, libre, il délimite le plan superficiel de la loge du pôle inférieur de la rate (fig. 20). Il peut être faiblement développé, mais ne fait jamais complètement défaut. Exceptionnellement il peut former un véritable voile précolique gauche (fig. 21).

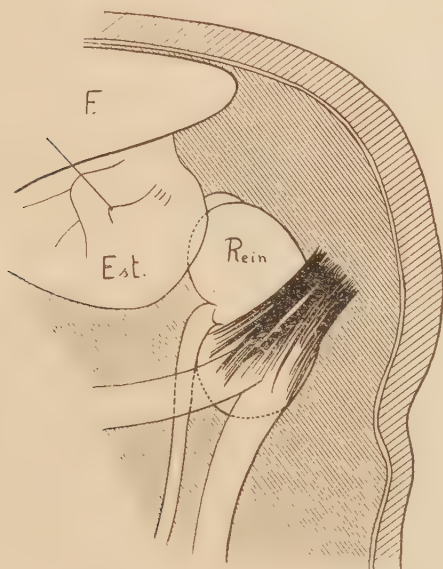


FIG. 22. — Angle colique gauche. Ligament profond (D'après Pierre DESCOMPS).

β) Ligament moyen. On lui reconnaît deux plans :

Le plan viscéro-colique, peu important, existe dans la mesure où l'angle colique gauche est en contact avec les viscères voisins, rate et rein.

Le plan profond, également insignifiant, est pariéto-colique et n'existe que dans la mesure où l'angle gauche prend contact avec la paroi.

γ) Ligament profond. C'est le ligament important,

ligament d'Adenot, fixant primitivement cet angle au diaphragme. Il est phrénocolique. Son bord d'attache diaphragmatique s'insère en dehors de la partie moyenne du bord externe du rein gauche. De là il s'épanouit en éventail en quatre faisceaux qui vont se perdre : le plus élevé sur le mésocôlon transverse les trois autres sur l'angle colique lui-même (fig. 22). C'est ce ligament qui

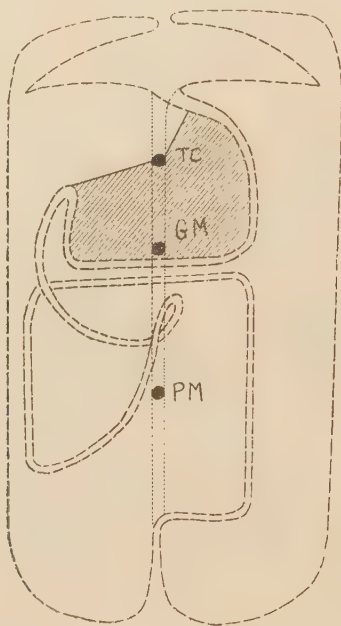


FIG. 23. — Segment supérieur pariétal de la zone accolée mésogastrique (D'après Pierre DESCOMPS).

par sa face supérieure horizontale va former le plan profond de la loge splénique.

L'angle gauche ne doit sa fixation constante et en général efficace qu'à son ligament profond.

La loge fibreuse du pôle inférieur de la rate, qui n'a que des rapports de contiguité avec la rate elle-même, est donc fermée en bas par la partie horizontale du li-

gament profond, phréno-colique, suspenseur de l'angle gauche, alors qu'elle est bordée en avant par le plan du ligament superficiel épiploïque, de cet angle gauche.

C. — Vue d'ensemble

Une vue d'ensemble de la zone accolée mésogastrique et la précision de ses limites nous est fournie par l'étude des lignes de passage du péritoine pariétal dans le péritoine viscéral (fig. 23). Ce schéma se raccorde directement avec ceux qui nous ont permis de suivre l'évolution du tube digestif.

Si l'on complète ce schéma par un autre où on ajoute ce qui concerne les segments de l'intestin la figure devient encore plus explicite (fig. 2).

D. — Textures des zones accolées

Nous en rappellerons seulement les données essentielles, car elles n'ont rien de caractéristiques dans la zone mésogastrique, d'après ce qu'en dit Pierre Descomps dans les « Zones accolées du péritoine ».

La disposition la plus fréquente est celle où il y a formation d'un fascia conjonctif. Le tissu cellulaire est d'aspect serré, il forme une lame plus ou moins continue et plus ou moins dense, mais que l'on peut reconnaître au moins par place. Cette disposition est fréquente chez les sujets jeunes, maigres, présentant un péritoine dense et résistant, brillant, de couleur bleutée ; elle est très favorable au point de vue opératoire. On ne décolle pas entre fascia et péritoine mais au contraire entre fascia et paroi, le fascia restant accolé au péritoine qu'il double en quelque sorte.

La seconde disposition est celle où on ne peut parler

que d'une zone d'accolement. Le tissu cellulaire est lâche, un peu plus serré cependant dans la partie viscérale proprement dite. Cette disposition se voit surtout chez les sujets âgés, chez ceux dont le péritoine est adipeux, mince, friable, terne, de couleur rosée ; disposition opératoirement peu favorable : le décollement tend à se faire difficilement et au hasard, pour ne pas déchirer le péritoine il faut raser avec soin la paroi.

Une variante assez rare de ce type donne l'aspect de zones accolées avec zones libres non accolées. Dans le tissu cellulaire peu serré on trouve des lacunes plus ou moins étendues tapissées encore d'endothélium péritonéal primitif, où l'accolement ne s'est pas produit. Dans ces zones libres peuvent parfois se développer des kystes séreux, rappelant l'hydrocèle enkystée. Les petits kystes, assez fréquents, pourraient ne pas toujours être des productions pathologiques. Autour des grands kystes existe en général une zone d'accolement assez dense, par réaction de voisinage peut-être ; à propos de quelques observations nous reviendrons sur leur pathogénie.

E. — Variations des accolements

On peut les ramener à deux grandes classes : les excès et les défauts d'accolement.

Les excès d'accolement sont les plus difficiles à interpréter. Il faudrait pouvoir faire la part exacte de ce qui est pathologique et de ce qui est véritablement anatomique. Les excès de coalescence de la zone mésogastrique peuvent se rencontrer chez le fœtus ou chez le nouveau-né, ils existent donc ; mais chez l'adulte la discrimination est souvent bien délicate (fig. 36).

Au contraire les défauts d'accolement sont des plus

faciles à reconnaître. Pierre Descomps a représenté deux degrés dans les défauts d'accolement du mésogastre

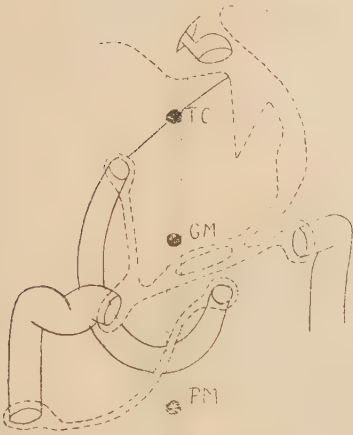


FIG. 24. — Défaut d'accolement, premier degré, dans le segment supérieur pariétal de la zone accolée mésogastrique (D'après Pierre Descomps).

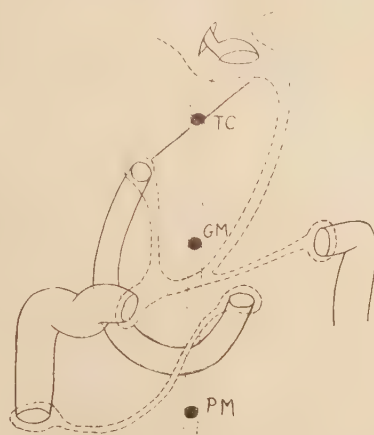


FIG. 25. — Défaut d'accolement deuxième degré, du segment supérieur pariétal de la zone accolée mésogastrique (D'après Pierre Descomps).

(fig. 24 et 25). On peut retrouver les mêmes dans l'évolution du mésocôlon transverse (fig. 26 et 27). Dans ce

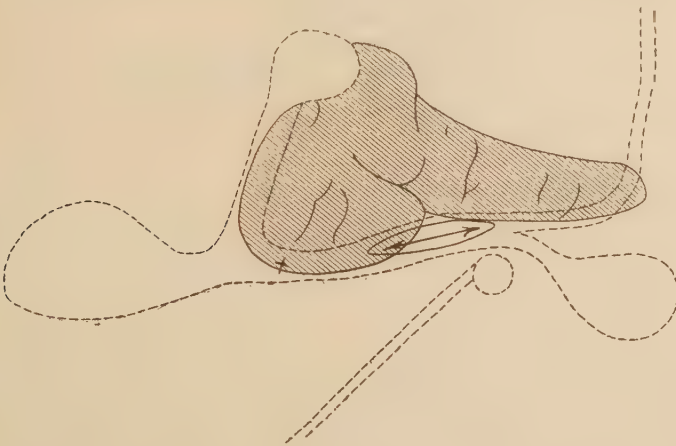


FIG 26. — Anomalie d'accolement du mésocôlon transverse (D'après Pierre Descomps)

dernier cas il s'agit de défaut d'accolement entre le mésogastre et le mésocôlon transverse primitif. C'est le

plus habituellement vers la gauche que s'opère cet arrêt d'accolement, plus rarement au centre. C'est ce dernier type qui semble être la cause de certains épanchements enkystés, comparables aux hydrocèles enkystées (Voir page 145 les observations).



FIG. 27. — Défaut d'accolement du mésocôlon transverse plus accentué (D'après Pierre DESCOMPS).

F. — Clivage de la zone accolée mésogastrique chez le fœtus

Pour bien se rendre compte des possibilités de clivage des zones accolées, et d'abord pour bien voir les limites naturelles de ces zones, il faut s'adresser au fœtus ou au nouveau-né. L'accolement est alors très peu serré, il n'est représenté que par une mince couche de tissu cellulaire ; cependant il ne s'agit pas non plus d'un simple adossement, il faut inciser le péritoine et ce n'est que lorsqu'on est arrivé dans la zone accolée, dans le bon plan, que l'on voit le clivage se faire avec la plus grande facilité, sans aucun effort, sans aucune dissection artificielle. Si le sujet a été injecté on peut se con-

vaincre qu'il s'agit bien d'une zone avasculaire, les vaisseaux étant emportés en totalité par la lame qui les contient.

C'est ce que nous avons fait pour la zone accolée mésogastrique.

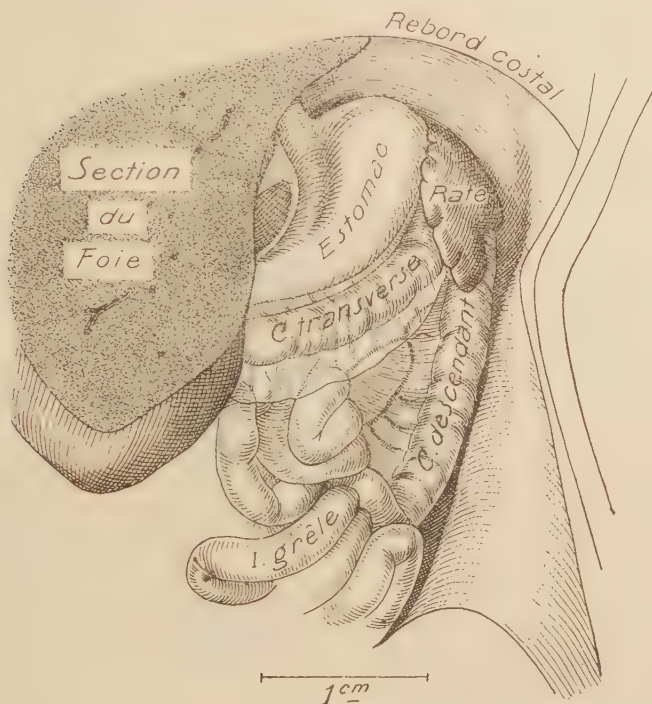


FIG. 28. — La région splénique chez le fœtus (Dessin à la chambre claire d'après une préparation personnelle).

Ayant enlevé une grosse partie du foie, qui est toujours énorme (fig. 28), on peut se rendre compte de l'aspect de la région splénique. L'angle gauche du côlon est profondément situé, il est plus ou moins masqué par la rate qui présente ses incisures habituelles. Le volume de la rate nous a paru assez variable sur des fœtus de même âge (environ 3 à 4 mois). Dans une de

nos coupes, qui passe juste au dessus de l'angle colique, (fig. 29), la rate était toute petite, affleurant à peine l'angle, alors que le pancréas très volumineux a été intéressé par le couteau sur une grande partie de son corps. Les rapports de la rate, de l'estomac et de la capsule surrénale apparaissent dans la figure 30.

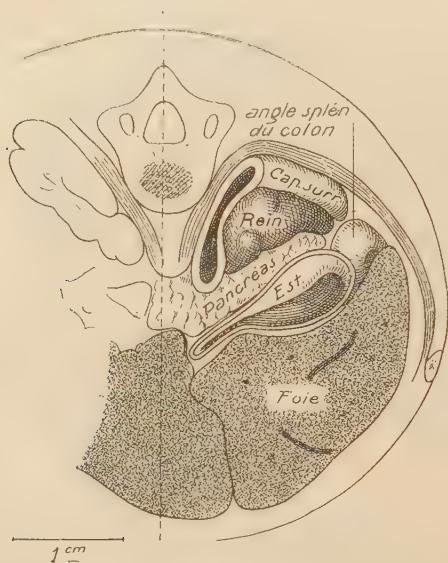


FIG 29. — Coupe horizontale passant immédiatement au-dessus de l'angle splénique du côlon, chez le fœtus (Dessin à la chambre claire d'après une préparation personnelle).

Sur le fœtus il est assez difficile de décoller la zone mésogastrique seule. On incise légèrement le péritoine depuis la grosse tubérosité de l'estomac, un peu en dehors de celle-ci et sur toute sa longueur, puis plus bas en dehors de la rate, enfin tout le long du bord externe du côlon (Zone accolée IV). Comme chez l'adulte la difficulté d'avoir une prise solide gêne un peu pour amorcer le décollement. Une spatule glissée légèrement dans l'incision dégage un peu la lèvre interne du péri-

toine que l'on saisit délicatement avec une pince sans griffes, la spatule peut alors continuer son travail et se glisser sous la séreuse. La totalité du décollement se fait alors avec la plus grande facilité (fig. 31). On rabat en dedans la totalité des viscères. Le décollement est bien fait lorsqu'il existe un feuillet qui masque les organes.

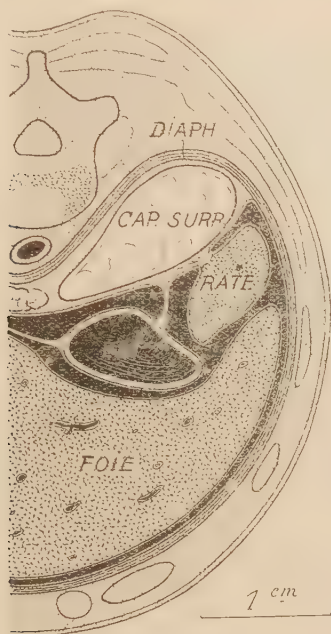


FIG. 30 — Coupe horizontale chez le fœtus, montrant les rapports de la rate de l'estomac et de la capsule surrénale (Préparation personnelle).

Il s'agit d'ailleurs d'une membrane très mince, très transparente, qui laisse voir en totalité la queue et le corps du pancréas, les vaisseaux spléniques, dont on remarquera le trajet rigoureusement rectiligne. Il est impossible de rendre exactement par le dessin, ce mince feuillet représentant le feuillet postérieur du mésogastre primitif. En arrière rein et capsule surrénale sont recouverts par un feuillet analogue.

Il est possible et particulièrement intéressant, puisqu'on a ainsi sa limite, de pousser le décollement jusqu'à la ligne médiane, ou plus exactement jusqu'à son voisinage. On trouve en effet à ce niveau une zone résistante où on est arrêté brusquement ; c'est l'origine, la racine, du méso-primitif. Les deux feuillets que l'on

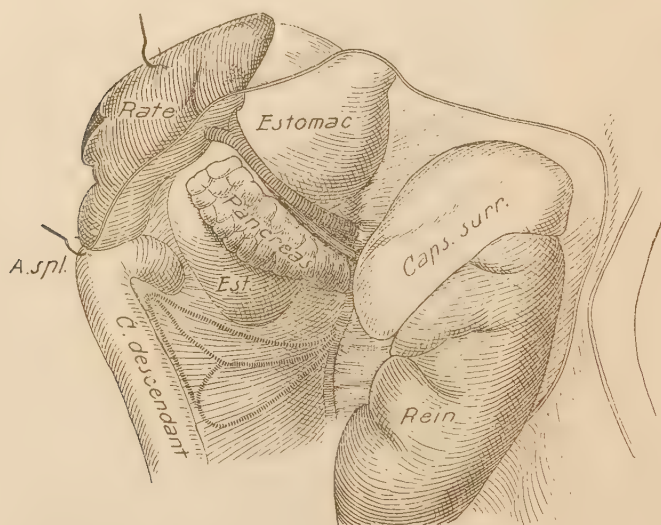


FIG. 31. — Même sujet que pour la figure 28. Décollement total de la zone accolée mésogastrique (Dessin à la chambre claire d'après une préparation personnelle).

vient de séparer forment un angle dièdre, mais les deux plans ne se réunissent pas en formant un angle aigu, il y a au contraire une zone arrondie, une véritable gouttière. Le décollement n'est plus possible. Il faudrait disséquer pour aller plus loin. Nous retrouverons au cours du décollement opératoire chez l'adulte cette même gouttière qui est constante et qui a toujours la même forme. On est ainsi très aisément prévenu que l'on arrive à la fin du décollement vrai et qu'il ne faut pas essayer d'aller plus loin.

CHAPITRE II

LES VAISSEAUX SPLÉNIQUES

A. — L'artère splénique

Il serait, certes, superflu de reprendre l'étude de l'artère splénique dans tous ses détails. Nous voudrions seulement, car elle est en quelque sorte l'axe de notre sujet, insister sur quelques points de sa description concernant son origine, son trajet, sa ramescence et son mode de terminaison. La splénique est un vaisseau qui se prête bien à une description d'ensemble, à des considérations générales constantes ; mais dans le détail elle montre tellement de différences d'un cas à un autre que des groupements synthétiques de toutes ces modalités, des déterminations de types, sont difficiles. Il en est de même de toutes les branches du tronc cœliaque, et d'ailleurs de toutes les artères du tube digestif abdominal. Il ne s'agit donc pas d'anomalies, au sens propre du terme, mais d'autant de types différents qu'il faut bien connaître. Car, contrairement à l'opinion assez inattendue de Rio Branco, ces divers types ont un grand intérêt pratique. Nous nous proposons en particulier de mettre en évidence les difficultés

de l'hémostase qui en découlent, qui expliquent la multiplicité des voies déjà proposées et de justifier ainsi de nouvelles voies d'accès et de ligature.

Les dix-huit dissections inédites que l'on retrouvera reproduites ici sont dues à notre maître M. le Dr Pierre Descomps en collaboration avec Lebègue. Elles permettront, ainsi groupées, de se faire une idée des aspects si variables de cet important vaisseau. Elles sont un document important, point de départ des considérations que nous désirons mettre en vue.

Ces figures dépassent le cadre de notre étude, elles donnent en même temps l'irrigation, bien plus riche qu'on ne le croit et encore mal précisée, de l'anse duodénale et de la tête du pancréas. Mais elles permettent, surtout pour nous, de bien montrer l'irrigation totale du pancréas ; en particulier elles font bien apparaître les différences de vascularisation d'une part de la tête, dans le territoire mésoduodénal, et, d'autre part, du corps et de la queue, dans le territoire mésogastrique. Considération capitale pour la chirurgie si différente de ces deux segments et tenant précisément à cette différence fondamentale de topographie et d'irrigation. Nous y insisterons à propos de la chirurgie du corps et de la queue du pancréas.

a) Origine.

Les différentes modalités de cette origine ont été bien indiquées par Pierre Descomps dans son travail sur le tronc cœliaque, en se basant sur une forte série, et par le tableau détaillé qu'en a donné de son côté Rio Branco dans son travail sur le même sujet.

La splénique naît presque toujours directement du tronc cœliaque, dont elle est la plus constante des branches de trifurcation. Lorsque le tronc cœliaque est

incomplet, lorsqu'il se bifurque, la splénique forme, pour ainsi dire toujours, l'une des branches.

Très rarement elle naît d'un tronc cœliaco-mésentérique, et il est exceptionnel qu'elle naisse isolément de la mésentérique supérieure ou de l'aorte.

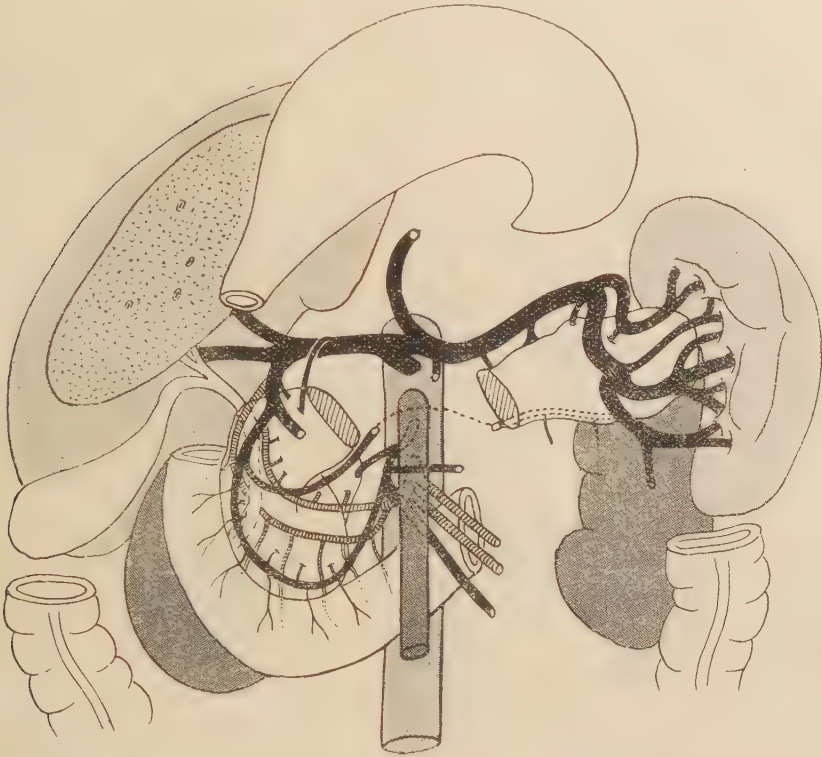


FIG. 1.

- D'après Pierre Descomps la splénique, par rapport à la face antérieure de l'aorte, a son origine sur le versant droit seulement dans 24 % des cas. Pour Rio Branco le premier segment de l'artère surcroise, au contraire, l'aorte dans les deux tiers des cas ; les vues de cet auteur ne sont pas confirmées par la série inédite que nous figurons.

b) Trajet

Chez le fœtus le trajet de l'artère est des plus simples, il est presque rectiligne (fig. 31). La splénique se porte franchement de droite à gauche, présentant seulement



FIG. II.

deux courbures générales ; l'une légèrement concave en haut et à gauche, l'autre à concavité antérieure, de grand rayon, moulée sur la grande courbure générale du corps du pancréas. Cette dernière courbure fixe et constante se retrouve aussi nette chez l'adulte.

Le trajet de la splénique est divisible en trois segments :

- 1° Segment initial, en général sus-pancréatique ;
- 2° Segment moyen, répondant, en général, aux deux quarts moyens, rétro-pancréatique ;
- 3° Segment terminal, en général prépancréatique.

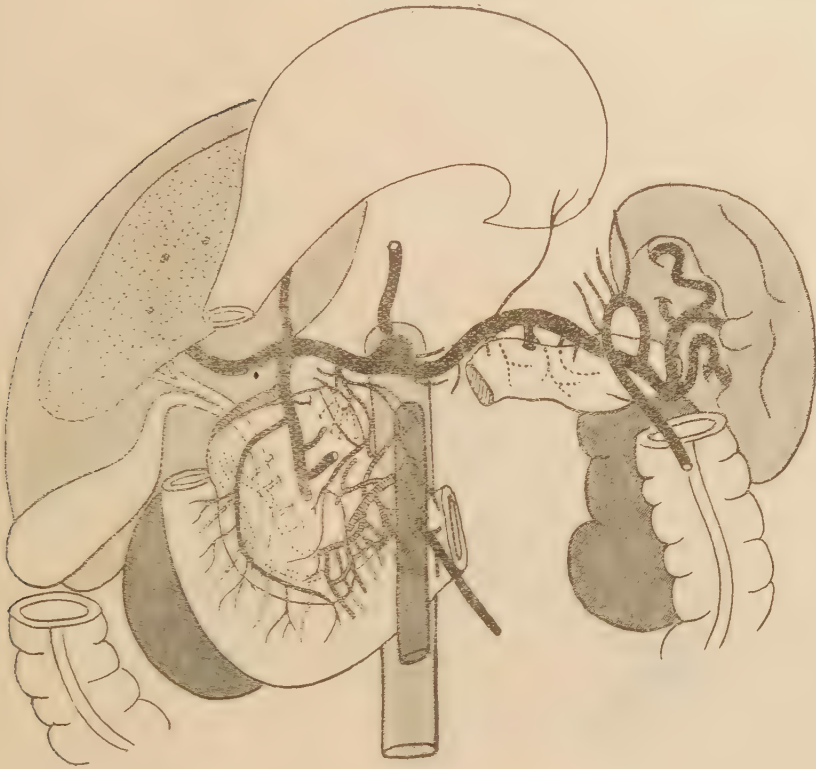


FIG. III.

1° Segment initial; sus-pancréatique :

Long de deux à trois centimètres environ, il est le plus souvent sus-pancréatique. Lorsque le tronc cœliaque est rétro-pancréatique — un quart des cas selon Rio Branco — la splénique est évidemment cachée par la glande dès son origine. Rio Branco admet avec

Pierre Descomps que l'artère elle-même pourrait être d'emblée rétro-pancréatique dans 14 % des cas.

Ce premier segment présente une légère concavité orientée en haut et à gauche, que beaucoup d'auteurs regardent comme constante. On constate que cette cour-

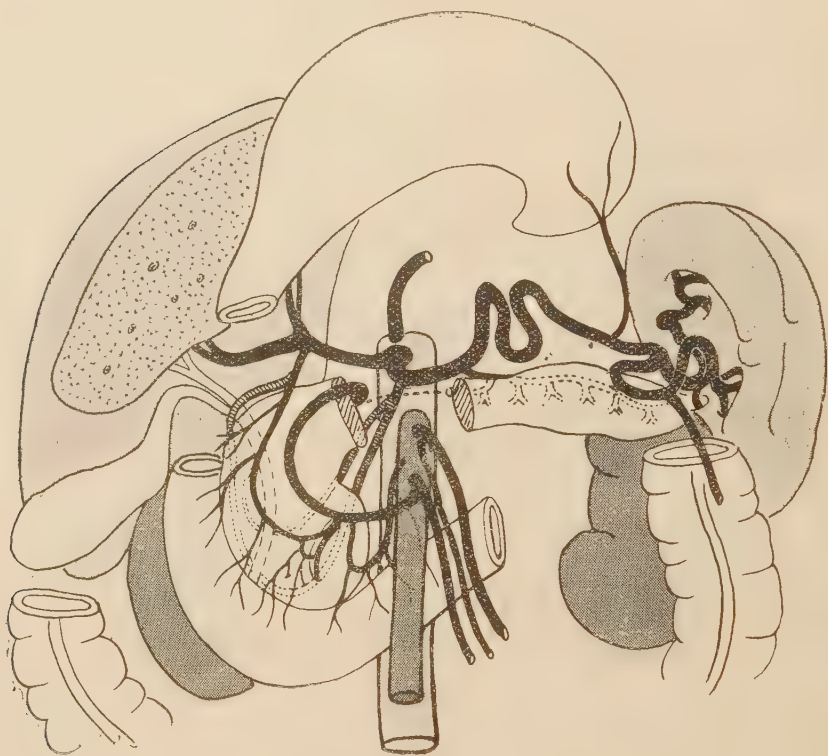


FIG. IV.

bure est très fréquente dans notre série puisqu'elle existe dans les deux tiers des cas. Elle manque, le trajet étant à peu près rectiligne, dans les observations II-VII-VIII-XIV ; et même dans les cas XVII et XVIII elle marquerait une tendance à être inversement disposée.

2° *Segment moyen, rétro-pancréatique :*

Son caractère fondamental le plus habituel est d'être caché, du moins en grande partie, par le corps du pancréas, l'artère s'y creusant une gouttière sus-jacente et

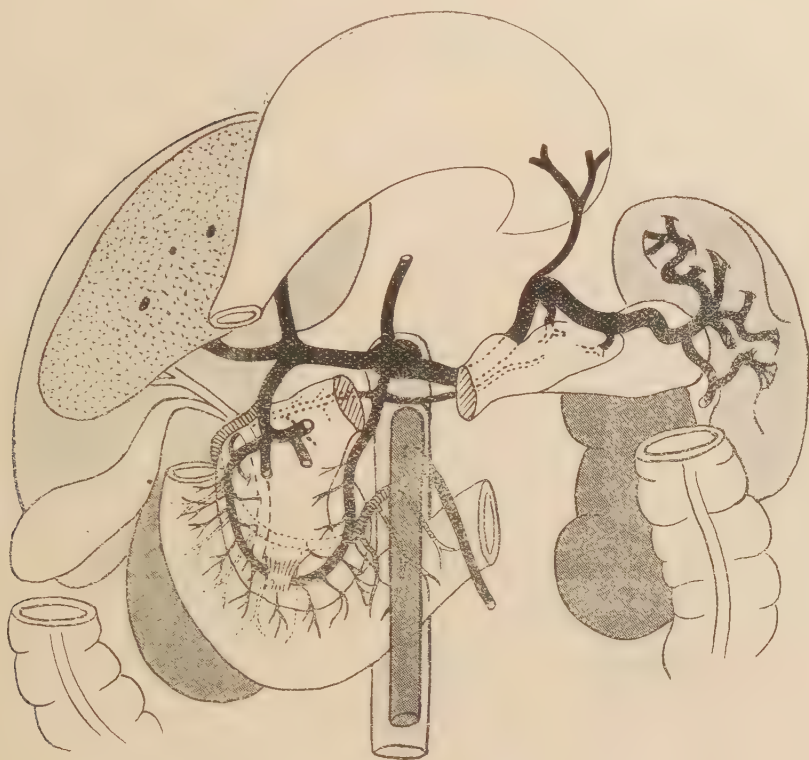


FIG. V.

adjacente à celle de sa veine. Mais cette formule générale doit être commentée.

Nous répéterons, avec beaucoup d'autres, ce qu'a écrit Pierre Descomps : « Jamais, ou à peu près jamais, on ne trouve l'artère sinueuse longeant le bord supérieur du pancréas dans toute son étendue, telle que la figurent, d'ailleurs assez sommairement, la plupart des

manuels classiques ». Certes, il existe dans ce segment artériel des sinuosités et il faut même bien insister sur les variations qu'elles vont entraîner ; mais elles ont un tout autre aspect. Ces sinuosités sont des plus va-

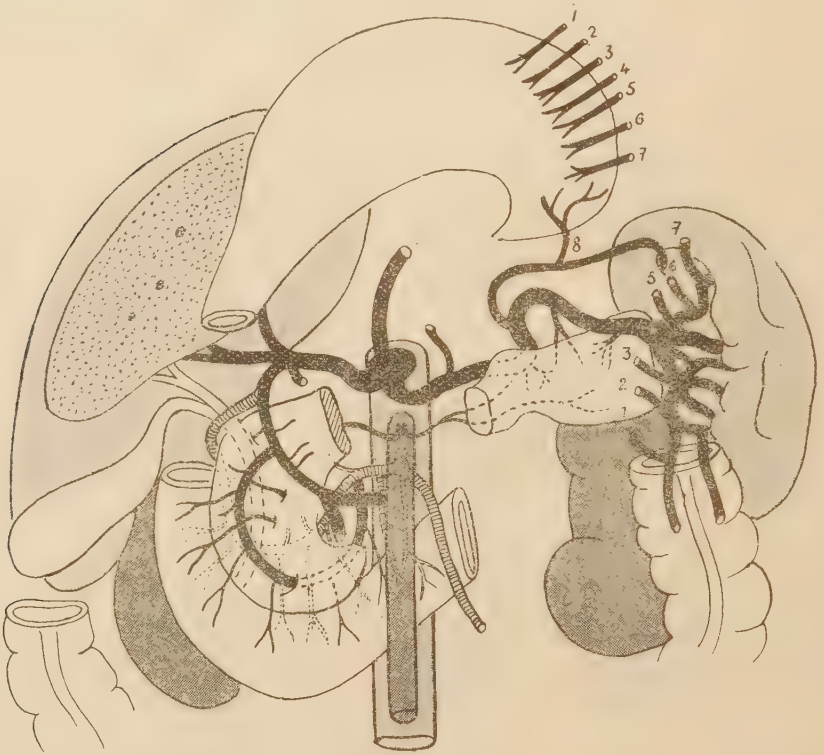


FIG. VI.

riables, qu'il s'agisse de leur siège, de leur localisation sur le trajet du vaisseau, de leur orientation.

L'étude de nos figures montre que ce segment est vraiment rétro-pancréatique dans les cas V-VI-VII-XI-XII-XIV-XVI-XVII-XVIII, c'est-à-dire dans un total de dix cas. Un pancréas très petit, observation XIII, ou des sinuosités très marquées, observation IX, peuvent

supprimer ce caractère rétro-pancréatique du moins en partie. Ces deux derniers cas sont évidemment à la limite de ce que l'on peut admettre comme notion d'un trajet rétro-pancréatique du vaisseau.

Ce qu'on peut dire, c'est que dans plus des deux tiers

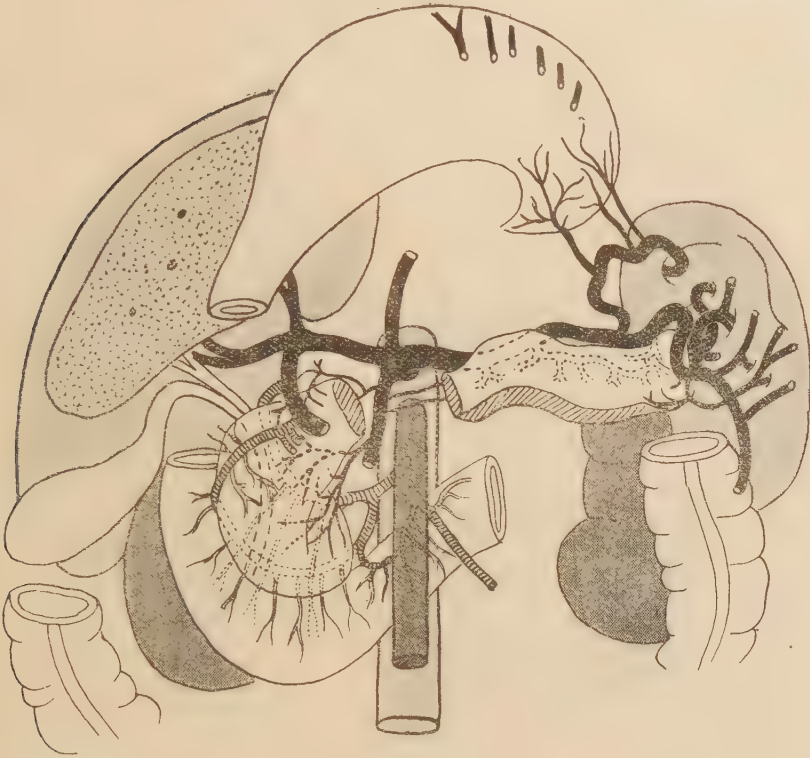


Fig. VII.

des cas on est assuré de trouver dans cette région une portion importante de l'artère derrière le corps du pancréas, et quelquefois même, on l'a vu, toute l'artère depuis son origine. Lorsqu'on l'abordera par l'incision du mésocôlon transverse à la base du corps du pancréas, voie d'accès et incision que nous proposons de conseiller, on trouvera donc la splénique le plus souvent

derrière la glande, ou, au plus, près de son bord supérieur comme cela est représenté dans la planche I.

Lorsque le trajet rétro-pancréatique vient vraiment à manquer c'est du fait de l'augmentation ou du nombre,

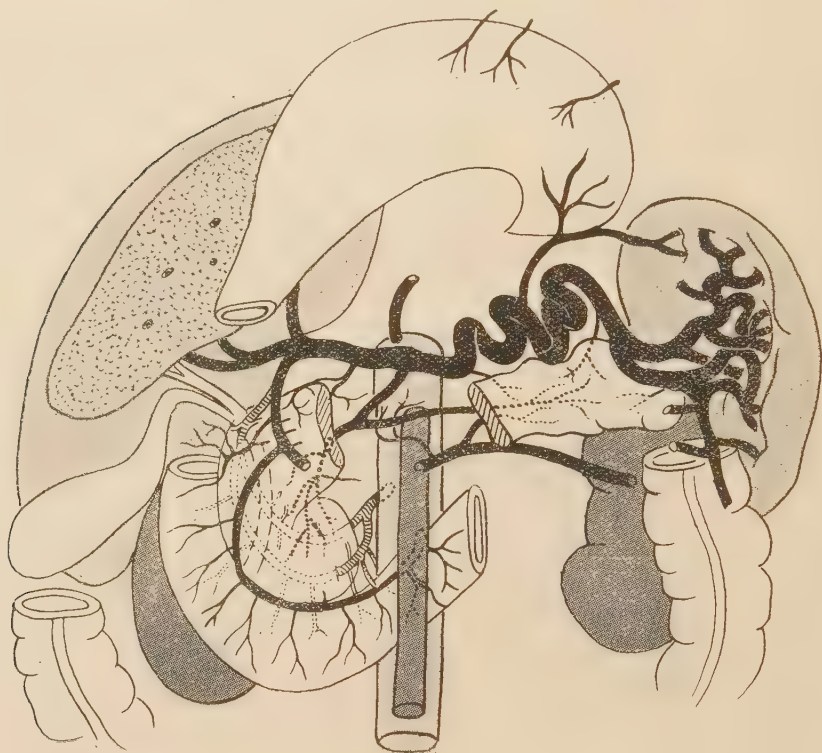


FIG. VIII.

ou de l'amplitude des sinuosités. C'est l'extrême exception.

Les rapports avec le pancréas peuvent être rendus très variables, nous venons de le voir, du fait que le volume, la forme de la glande elle-même, son étalement en hauteur et largeur, sont également des plus variables. Remarquons que ce caractère n'est pas toujours primi-

tif, que ce peut être secondairement seulement que ces rapports de l'artère et du pancréas se modifient, le corps du pancréas diminuant de volume pour des raisons pathologiques et pouvant se trouver réduit à une simple lame très mince et très étroite. Cette disposi-

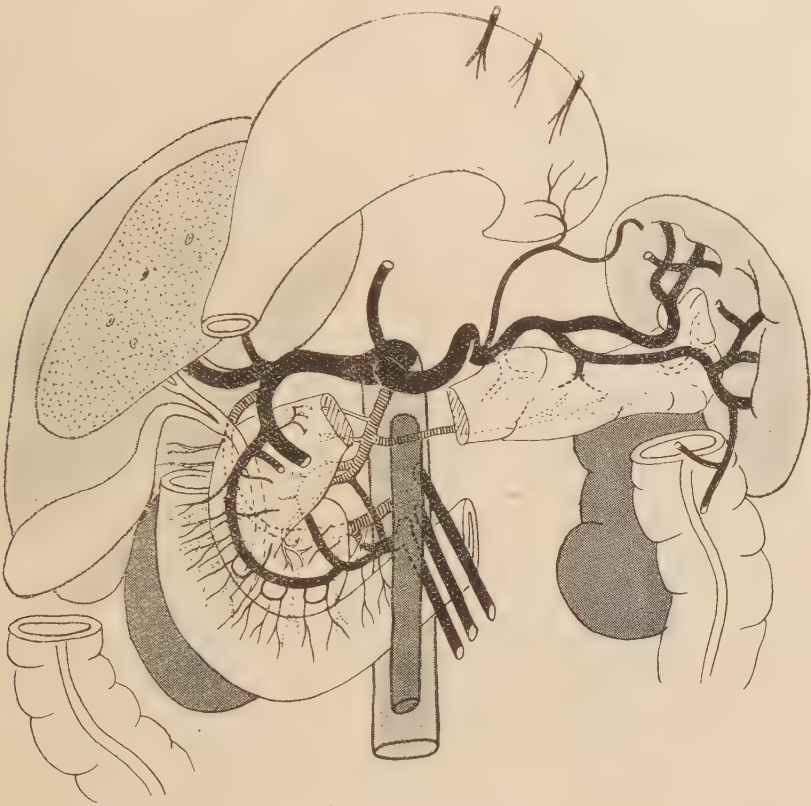


FIG. IX.

tion est, en effet, exceptionnelle chez le fœtus et chez l'enfant.

L'artère peut décrire quelquefois une seule grande courbe plus ou moins concave en bas. Les observations I-III et X sont très démonstratives à cet égard.

Dans l'observation II il existe deux courbes opposées

successives, la seconde étant la plus importante; ces deux courbes sont très haut situées.

L'observation IV, fort intéressante, montre un aspect bien particulier des sinuosités de l'artère. C'est un M complet, entièrement sus-pancréatique, que décrit la

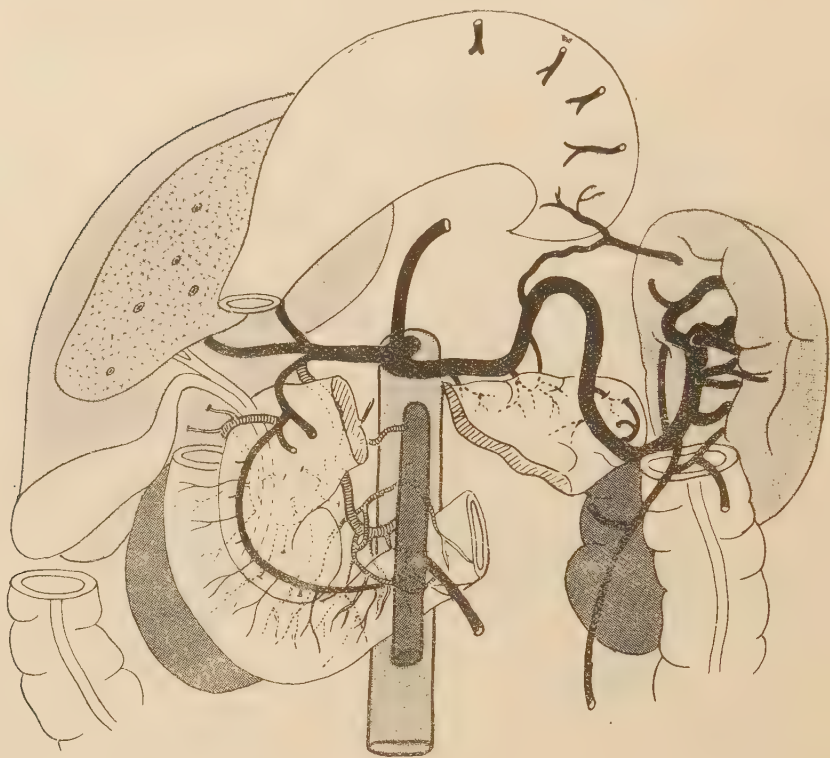


FIG. X

splénique. Tout le trajet du vaisseau est particulièrement élevé dans ce cas très spécial. Appelons dès maintenant l'attention sur l'existence dans ce cas d'une très importante artère pancreatica magna, sur laquelle nous aurons à revenir.

Enfin les sinuosités peuvent être si importantes et si

nombreuses qu'elles échappent à toute différenciation caractéristique et interdisent toute description systématique; ces sinuosités multiples peuvent, de plus, être très haut situées, observation VIII.

Ainsi que le montrent bien nos figures l'aspect de

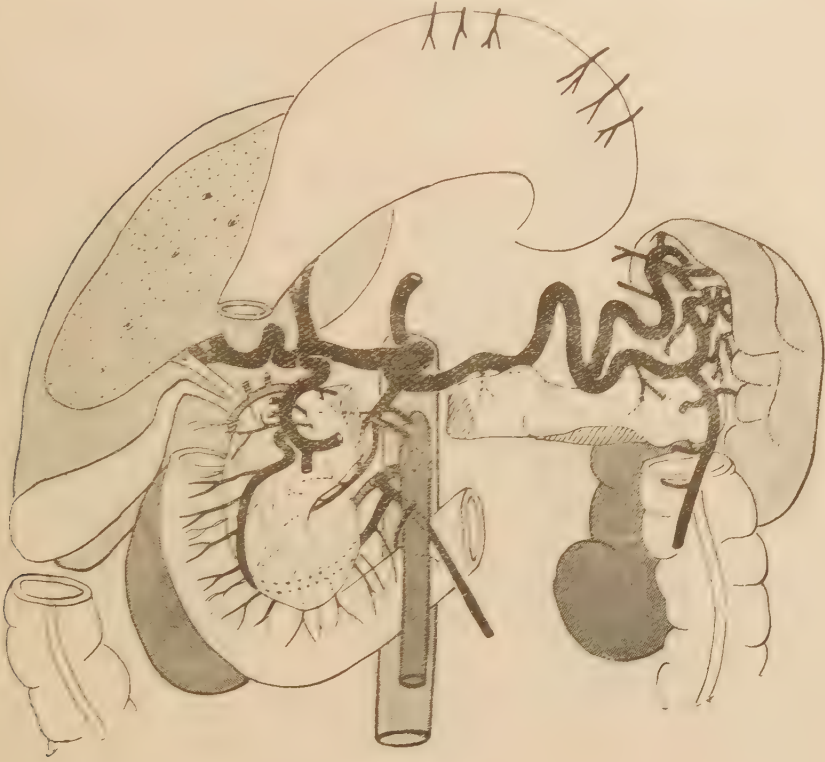


FIG. XI.

l'artère, dans cette portion de son trajet, est donc au total des plus variables et la fixation d'un type est presque impossible.

Ce sont là des faits qu'il sera bon d'avoir présents à l'esprit lorsqu'on interviendra sur cette région.

3° *Segment terminal; prépancréatique.*

Ayant parcouru la portion moyenne, rétro-pancréatique, la plus variable, de son trajet, la splénique chevauche le bord supérieur du pancréas, souvent même

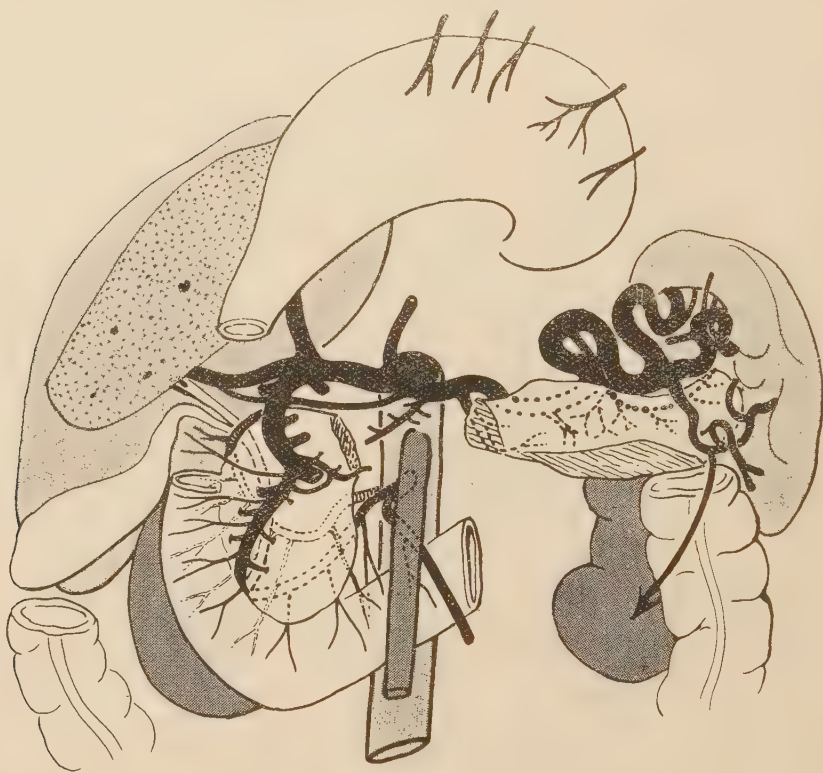


FIG. XII.

l'échancre en gouttière et devient antérieure à la glande.

C'est un des rapports les plus constants de l'artère. Wiart y a longuement insisté. Ce segment artériel est celui qui mérite le mieux son nom par sa constance. Cette portion prépancréatique, bien que n'ayant parfois que deux ou trois centimètres, semble en effet exister

à peu près dans tous les cas. Elle peut, il est vrai, n'être représentée que par une des branches terminales et dans ce cas par une des plus basses branches terminales du tronc. Ce rapport de l'artère et du pancréas est sous la dépendance de deux variables: le mode de ter-

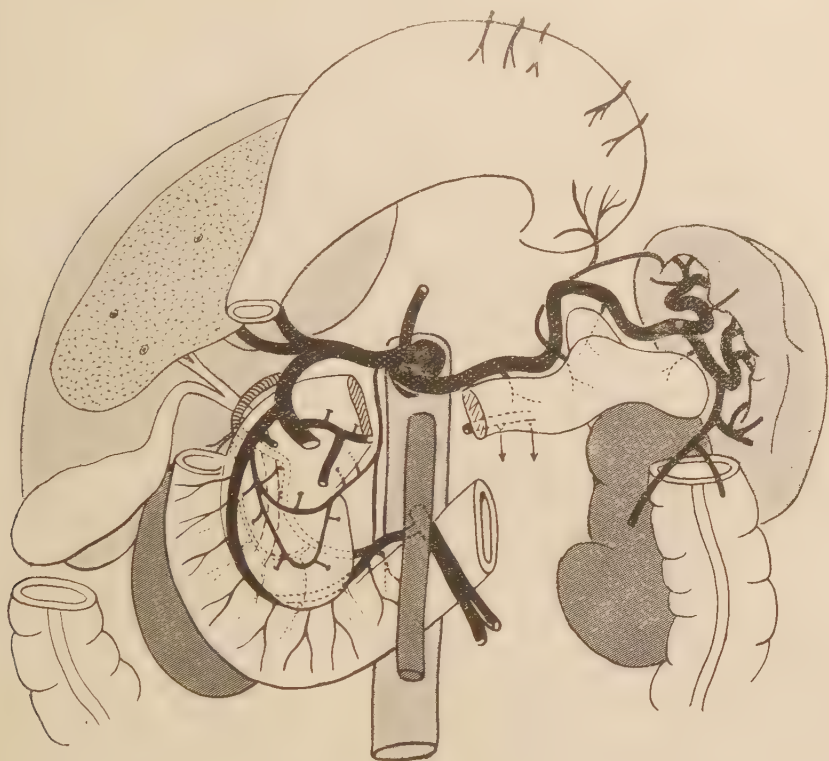


FIG. XIII.

mination de la splénique et la disposition de l'extrémité gauche du pancréas corps et queue. Lorsque la terminaison du tronc artériel est précoce on peut ne trouver devant le pancréas qu'une des deux terminales ou les terminales, exceptionnellement une grosse branche collatérale. La queue du pancréas très variable dans sa

longueur, sa forme, son orientation, entraîne des variations encore plus grandes.

L'aspect le plus fréquent, et que l'on peut considérer comme fournissant le type de description, se trouve dans

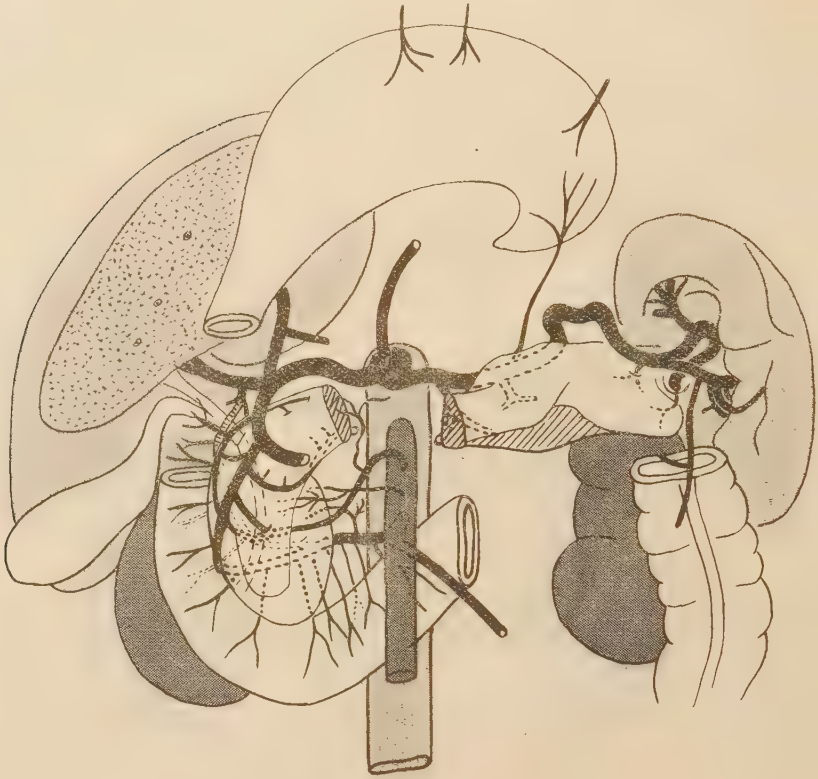


FIG. XIV.

neuf de nos observations (I-II-III-V-VII-VIII-X-XIV-XV).

Dans le cas II la portion prépancréatique du tronc splénique est courte et c'est la branche terminale inférieure qui contracte les rapports les plus étendus avec le pancréas.

Dans la figure suivante (III) les rapports du tronc artériel avec la face antérieure du pancréas sont au

contraire très importants, beaucoup plus étendus que dans la moyenne des cas.

Quelquefois c'est une branche terminale, le plus souvent l'inférieure, comme nous l'avons dit, qui seule

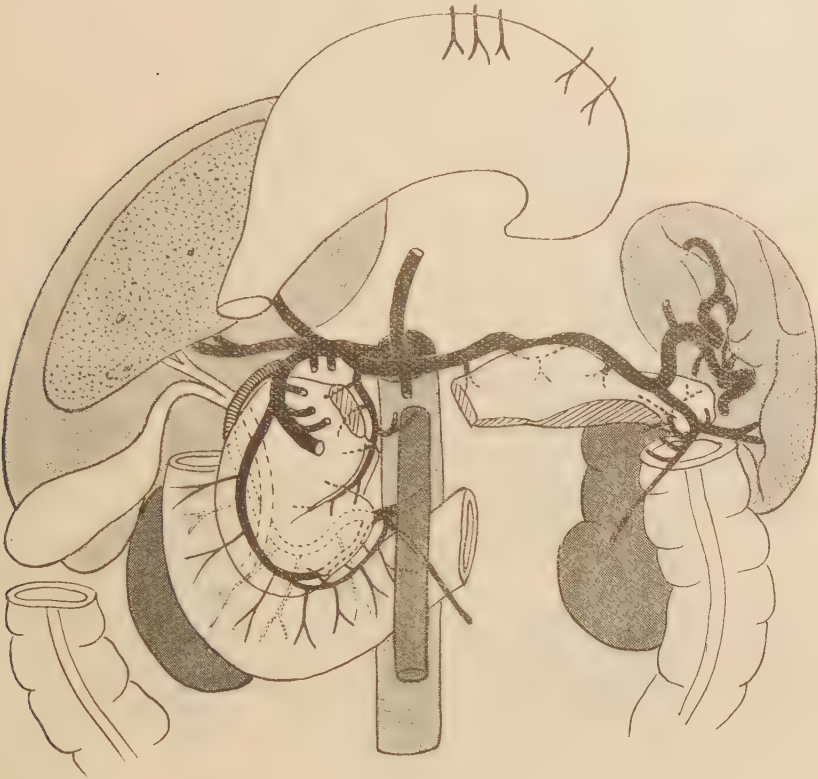


FIG. XV.

entre en rapports avec la face antérieure de la glande. Elle peut seulement l'échancrer (fig. XVIII), ou bien elle peut se montrer nettement prépancréatique du fait d'une terminaison haute (fig. IV) ; ou d'une terminaison précocce du tronc artériel (fig. IX et XI).

Très rarement ces rapports sont différents ; il s'agit alors d'un pancréas étroit et court, réduit à une simple

lamelle ; nous avons formulé la même remarque à l'occasion du segment précédent.

Les observations XII et XVI représentent des anomalies très rares. Les rapports prépancréatiques n'existent

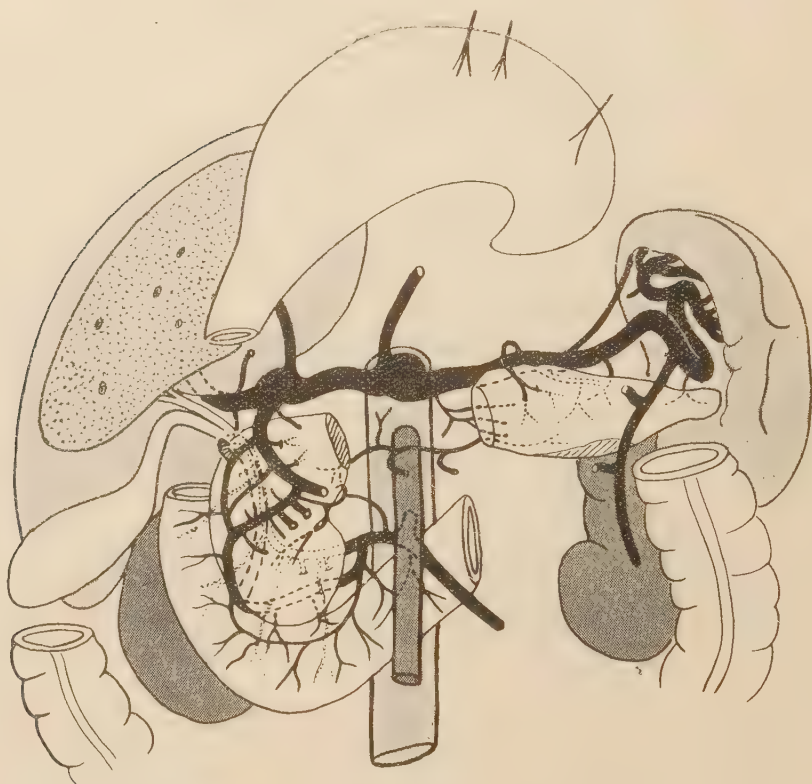


FIG. XVI.

que pour une collatérale, qui est ou une polaire inférieure, ou la gastro-épiploïque gauche.

Ce n'est au total que dans un cas sur dix qu'il n'y a aucun vaisseau important devant la queue du pancréas ; six ou sept fois sur dix c'est le tronc même de la splénique que l'on y trouve.

c) **Terminaison.**

Les modes de terminaison de la splénique sont très variables; les descriptions qui en sont données sont d'ailleurs assez différentes. Deux grands types admis

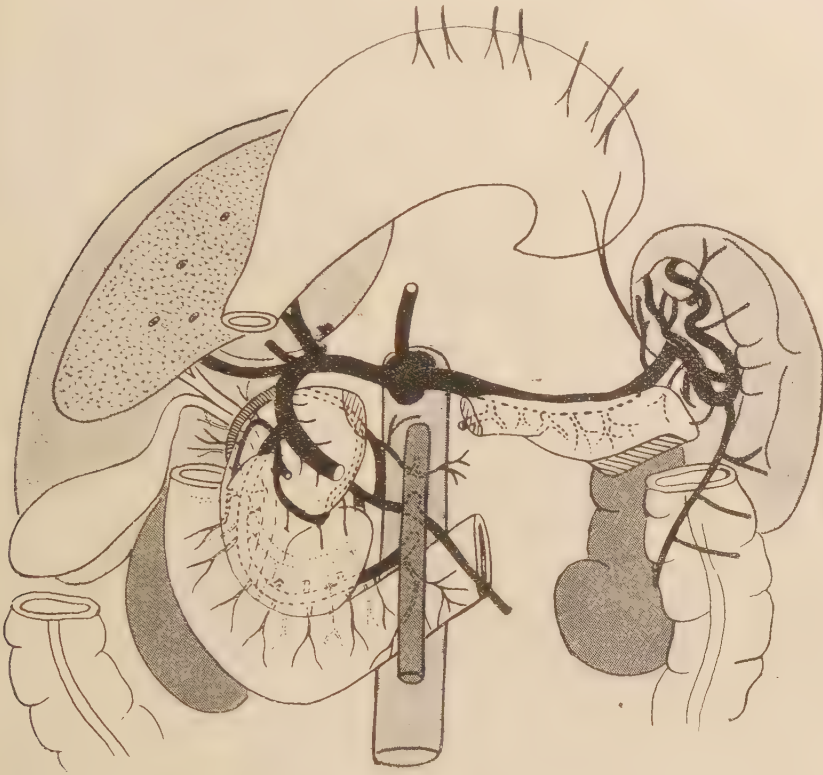


FIG. XVII.

par Rio Branco ainsi que par Pigache et Worms permettent cependant une classification sur la base suivante: que le mode de terminaison le plus fréquent est la bifurcation. Cette base qui pourrait être discutée étant admise, la bifurcation peut se faire :

1° par deux branches relativement longues, formant

entre elles un angle aigu. Ces branches se subdivisent, à leur tour et forment deux groupes, d'ailleurs plus ou moins nets, de vaisseaux, l'un supérieur, l'autre inférieur ;

2° par deux branches beaucoup plus courtes qui se

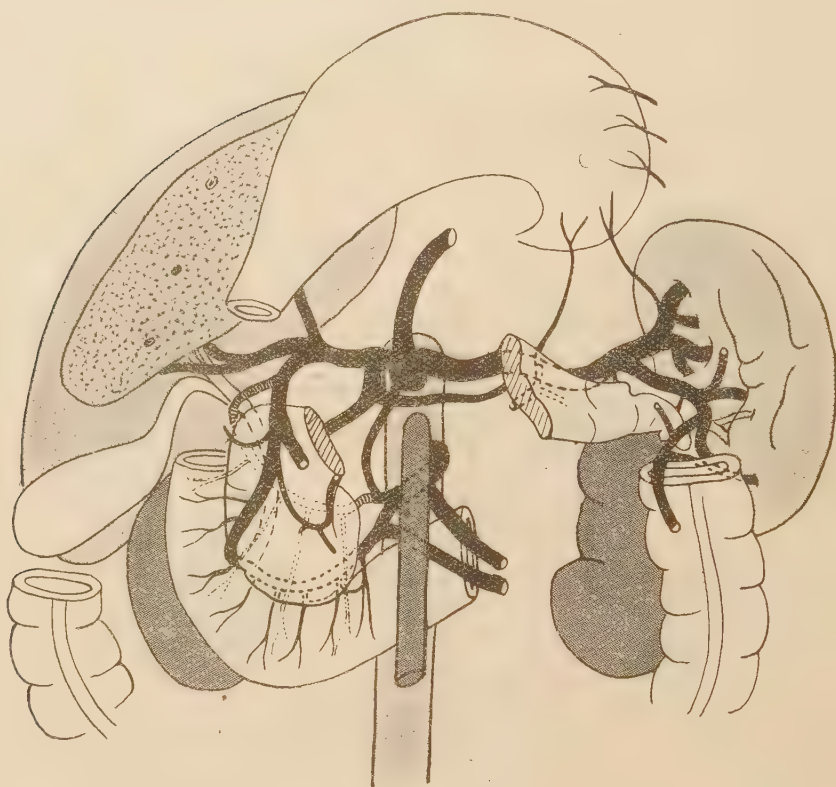


Fig. XVIII.

séparent à l'angle droit, au contact de la rate, cheminent dans le hile et donnent leurs collatérales irrégulièrement par voie monopodique.

Nous examinerons plus loin la question des collatérales.

Examinons notre série en ce qui concerne les grosses branches terminales, le mode de terminaison.

Le second mode de terminaison est typiquement représenté dans la figure X, il est déjà un peu moins caractéristique dans les observations XVI et XVII. C'est tout. Il n'est représenté au total que par trois cas, donc une fois sur six seulement. Or les auteurs précités le considèrent comme se réalisant dans presque les deux tiers des cas, donc comme le type normal.

Le mode de terminaison le plus fréquent, d'après notre série, nous semble par conséquent être la division du tronc splénique en deux branches assez longues s'écartant à angle aigu. Cette bifurcation se fait à une distance assez variable du hile de la rate; mais elle est relativement rapprochée dans le plus grand nombre de nos sujets, exactement dans onze cas (I-II-IV-V-VI-VII-VIII-XII-XIV-XV-XVIII). Dans les dessins IX et XI les deux branches terminales sont très longues, la bifurcation étant très précoce, donc éloignée du hile de la rate.

La figure VI montre que les artères terminales atteignent exclusivement dans ce cas le pôle supérieur de la rate. Ceci nous amène à envisager un autre aspect du problème, à savoir l'opinion des auteurs précités, qui admettent que, s'il y a bifurcation, c'est le plus fréquemment dans le plan de l'union des tiers moyen et inférieur du hile de la rate que se trouve la bifurcation et non dans le plan du milieu de ce hile. Ce siège bas situé de la bifurcation se rencontre dans les figures I, V et VII. Le type le plus fréquent dans notre série est au contraire celui d'une bifurcation haute dans le hile splénique, la figure XVI restant un type extrême et isolé.

Les figures II et VII montrent des cas certainement rares où la gastro-épiploïque gauche naît comme branche

de division terminale de la splénique. Rio Branco parle de deux cas analogues. Les branches artérielles spléniques se séparent, dans un cas seulement, dans le tiers supérieur du hile, de leurs deux troncs d'origine et elles s'en détachent à angle droit et suivant un type en général monopodique. Le reste de la rate, soit les deux tiers inférieurs, est vascularisé par des branches collatérales analogues issues de la gastro-épiploïque gauche. Il existe en outre une polaire supérieure. On se trouve en somme dans ces cas en présence d'un hile particulièrement riche en vaisseaux artériels; une telle disposition artérielle rendrait évidemment l'hémostase par abord direct du hile splénique des plus pénibles.

B. — Les branches collatérales de l'artère splénique

a) Collatérales du tronc.

1° Branches pancréatiques descendantes.

Elles se détachent en des points irrégulièrement placés. Leur nombre est variable, de quatre à huit en moyenne, suivant Rio Branco. Pour cet auteur, ce sont de petits rameaux qui, presque aussitôt nés, pénètrent dans le corps de la glande. Les figures I-II-VI-XVI de notre série montrent des rameaux qui peuvent être volumineux et présentent un trajet non négligeable avant leur pénétration dans le pancréas. On peut se demander si Rio Branco a disséqué des artères vides ou des artères injectées. Ce sont des artères injectées que nous avons figuré, donc des artères se rapprochant des conditions où l'on se trouve quand on opère.

La *pancreatica magna* de Haller, mieux nommée

pancréatique moyenne de Rio Branco, mérite une mention particulière.

On donne en général ce nom au premier des rameaux pancréatiques descendants qui, dans la moitié des cas, est en outre de tous le plus volumineux.

Mais il existe d'autres dispositions de la pancréatique moyenne.

Dans le cas de la figure IV la splénique ne donne qu'un seul rameau pancréatique, véritablement très important, situé derrière la glande ; c'est de lui que naissent toutes les collatérales.

Dans le cas de la figure VII on trouve une disposition analogue, mais la splénique a donné auparavant un premier rameau pancréatique, d'ailleurs assez important.

Cette artère pancréatique moyenne peut d'ailleurs avoir une toute autre origine, par exemple on peut la voir naître d'une pancréatico-duodénale comme dans la figure V.

2° Branche splénique polaire supérieure.

Les figures de notre série confirment pleinement ce que Rio Branco a dit de cette artère. Nous renvoyons à cet auteur pour l'étude générale des statistiques et pour l'explication par l'embryologie de ce vaisseau bien établie par Rossi et Cova. La polaire supérieure se rencontre dans environ la moitié des cas.

C'est ce que confirme notre série. Une fois sur trois (I-II-XVII) elle se présente comme un vaisseau court, né près de la bifurcation de la splénique. Deux fois sur trois c'est au contraire une branche longue dont l'origine est plus ou moins proche du milieu du trajet de la splénique (VI-VII-VIII-IX-X-XIII-XVI).

Son origine sur la branche de bifurcation supérieure

de la splénique est considérée comme tout à fait exceptionnelle ; cependant nous la constatons dans nos observations III et XV.

Il est rare de trouver cette artère volumineuse comme dans les observations I et VII. Pigachie et Worms ont bien marqué que son volume est toujours inférieur à celui d'une quelconque des branches terminales du tronc splénique.

3° Branche gastrique postérieure ascendante.

Ce n'est qu'un autre aspect de la collatérale précédente. L'embryologie explique aussi la signification de ce vaisseau.

Lorsque la polaire supérieure manque, cette branche gastrique postérieure la remplace.

Son origine se fait en général dans la première moitié du trajet de la splénique (III-IV-XIV-XVIII) ; plus rarement dans la seconde moitié, un peu avant la bifurcation du tronc (IV-XVII).

Elle se porte en haut et à gauche vers la grosse tubérosité de l'estomac dont elle irrigue la face postérieure et le sommet.

Elle peut envoyer quelques rameaux au pôle supérieur de la rate. Ces cas forment transition avec le type de polaire supérieure, typique, décrit précédemment. L'observation VIII est difficile à classer ; nous l'avons considérée comme présentant une polaire supérieure à rameaux gastriques importants.

b) Collatérales des branches terminales.

1° Artère gastro-épiploïque gauche.

Pour rester dans notre cadre limité, nous n'avons à l'envisager qu'à son origine et dans la première partie de son trajet.

Rappelons que c'est Pierre Descomps qui a montré qu'elle ne s'anastomose pas avec la gastro-épiploïque droite, et qu'elle est d'ailleurs dans un tout autre plan : artère de la lame postérieure du grand épiploon, lame pancréatique, tandis que la gastro-épiploïque droite est artère de la lame antérieure du grand épiploon, lame gastrique. Nous allons revenir sur cette question capitale de la topographie vasculaire du grand épiploon.

Origine.

Les descriptions et les statistiques sont des plus variables. L'interprétation des cas, à la vérité, prête souvent à discussion ; suivant ses tendances propres, chacun peut classer une disposition aussi bien dans tel groupe que dans tel autre ; par exemple il est très difficile de savoir parfois si l'on est en présence d'une terminale ou d'une collatérale.

Essayons de préciser quel est le mode d'origine habituel de ce vaisseau. Prenons pour point de départ ce qu'en a écrit Rio Branco.

Cette artère peut apparaître comme branche collatérale de la branche terminale inférieure de la splénique, ou comme branche collatérale du tronc de la splénique, ou enfin comme branche terminale du tronc de la splénique et parfois avec apparence très nette de continuation directe de ce tronc.

1° Collatérale de la branche terminale inférieure de la splénique.

Nous relevons les statistiques suivantes : Rossi et Cova 68 fois sur 79, Pigache et Worms 11 fois sur 32, Rio Branco 9 fois sur 16, Descomps 11 fois sur 18. Ces onze derniers cas sont ceux de notre série actuelle, les voir dans les figures I-IV-VI-VIII-IX-XI-XII-XIII-XIV-XV-XVIII.

On arrive au total à environ 70 % des cas.

Si l'on peut décrire des aspects un peu variables d'un cas à un autre, c'est cependant cette disposition qui doit être décrite comme type d'origine de ce vaisseau ;

2° Branche collatérale de la splénique.

Les mêmes auteurs nous donnent respectivement les chiffres suivants : 11, 21, 5 et 5 cas, c'est-à-dire un pourcentage d'environ 30 % (Figures III-V-X-XVI-XVII pour les cinq cas de notre série) ;

3° Branche terminale de la splénique :

Cette disposition est extrêmement rare ; on ne peut pas fixer de pourcentage. Rio Branco en signale deux cas. Les figures II et VII représentent nos deux cas : remarquer que dans la figure VII la gastro-épiploïque continue très nettement et de façon indiscutable le tronc de la splénique.

Trajet.

Dans la première moitié de son trajet, le vaisseau se porte en bas, en avant et à gauche. Puis il tend quelquefois à se rapprocher de la grande courbure de l'estomac et à en suivre la direction générale. Il peut en rester au contraire distant et même très distant, dessinant une grande courbe de grand rayon à peu près parallèle à la grande courbure gastrique. Incluse dans la lame postérieure de l'épiploon, lame pancréatique, cette artère n'a en principe aucun rapport essentiel, immédiat, direct, avec la courbure gastrique. Il s'agit d'un tout autre plan. C'est ce qu'on voit bien quand on retourne l'épiploon de bas en haut et qu'on l'étale, mieux encore lorsqu'ayant insufflé l'arrière-cavité on a séparé les deux lames épiploïques dont chacune porte son plan vasculaire bien distinct.

L'artère est donc d'abord entre la rate et l'estomac dans la partie inférieure du méso-spléno-gastrique, appliquée

contre la lame profonde de cet épiploon (Jonnesco). Puis elle passe dans la lame postérieure du grand épiploon.

Lorsqu'elle naît comme collatérale du tronc splénique, son trajet, dans l'épiploon spléno-gastrique puis dans la lame postérieure de l'épiploon, est précédé d'une courte portion qui est incluse dans le méso-pancréatico-splénique. L'artère peut alors simplement contourner l'extrémité de la queue du pancréas si cette extrémité de la glande est courte, ou au contraire passer franchement sur la face antérieure de cette extrémité si la queue du pancréas est longue.

Le cas de la figure III est des plus exceptionnel ; cette courbe à concavité inférieure que décrit la gastro-épiploïque ne peut d'ailleurs pas être considérée comme acquise secondairement puisque le sommet en est fixé par des vaisseaux gastriques courts.

Dans la dernière partie de son trajet, la plus longue, la gastro-épiploïque gauche chemine dans la lame postérieure du grand épiploon. Nous n'avons pas à l'y suivre.

Notre série comporte un cas d'anomalie de la gastro-épiploïque gauche, cas de duplicité (fig. VI).

Branches collatérales.

1° Rameaux gastriques :

C'est le plus bas situé, donc le dernier des vaisseaux courts dont nous allons parler, qui naît pour ainsi dire toujours de la gastro-épiploïque gauche, l'aspect typique est figuré dans les dessins VI et VII.

Parfois il y a deux vaisseaux courts qui naissent de la gastro-épiploïque gauche.

2° Rameaux spléniques :

La branche splénique polaire inférieure est en général la mieux caractérisée.

Nous avons déjà signalé les difficultés que l'on éprouve à décider si c'est la gastro-épiploïque gauche qui envoie des rameaux à la rate ou bien si c'est cette artère qui naît d'un des rameaux de la splénique. Les figures V-VIII-X-XII-XVII montrent une splénique polaire inférieure bien individualisée alors que les cas II-XI-XIII-XV-XVIII répondent plutôt à la deuxième disposition.

3^e Rameaux de la queue du pancréas :

Ces branches sont considérées comme constantes par la plupart des auteurs. Un rameau est bien individualisé et même important dans les figures VII-VIII-XI-XV.

2^e Artères gastriques dites vaisseaux courts :

La grosse tubérosité de l'estomac présente une irrigation différente de celle des autres portions de cet organe. Les branches qui s'y rendent au lieu d'être perpendiculaires à l'axe de l'organe sont plus ou moins obliques, tendent à lui devenir parallèles ; elles sont ascendantes et se dirigent vers le pôle supérieur de l'estomac. Ce sont des artères longues, quelques-unes sont même très longues, disposées en vrilles ; elles suivent en effet la poche à air gastrique dans ses mouvements d'expansion et de retrait. Le nom de vaisseau court est donc peu conforme à la réalité surtout quand l'estomac est distendu et que ces artères sont étirées.

Il existe au total six à huit artères, dites courtes, qui se dirigent vers la face postérieure de la grosse tubérosité de l'estomac, échelonnées le long d'une ligne oblique allant de haut en bas du sommet de la grosse tubérosité à la partie supérieure et gauche du corps de l'estomac.

Nous avons déjà rencontré, venant d'autres artères, le plus haut situé et le plus bas situé de ces vaisseaux.

Les vaisseaux courts intermédiaires, que l'on peut

dire moyens, au nombre de trois, quatre ou cinq, sont les collatérales des branches terminales de la splénique que nous avons en vue en ce moment.

On peut donc au total, avec Rio Branco, considérer les vaisseaux, dits courts, de l'estomac comme formant trois groupes : supérieur, moyen et inférieur.

Le vaisseau court inférieur, isolé, vient de la gastro-épiploïque gauche. Il naît près de l'origine de cette artère. Parfois il est double (fig. VI et VII). Il se rend au corps de l'estomac : il irrigue les deux versants antérieur et postérieur de la grande courbure à peu près à la hauteur du tiers supérieur du corps de l'estomac.

Les vaisseaux courts moyens sont au nombre de trois, quatre ou cinq, ils naissent des branches terminales de bifurcation de la splénique (fig. VI-VII-IX-X) ; ils irriguent le corps et surtout la grosse tubérosité de l'estomac. La direction du plus inférieur est à peu près horizontale alors que celle des autres devient, de bas en haut, de plus en plus oblique et ascendante.

Le vaisseau court supérieur, isolé, est dans la moitié des cas la branche gastrique postérieure ascendante elle-même issue directement du tronc de la splénique (fig. IV-V et XIV) ; dans l'autre moitié des cas cette artère manque et ce vaisseau court est une collatérale de la polaire splénique supérieure (fig. VI-VII-VIII-IX-X-XIII). Il irrigue la face postérieure et le sommet de la grosse tubérosité.

C. — La veine splénique

Dans l'ensemble la veine est calquée sur le plan de l'artère et présente les mêmes rapports. Les veines spléniques émergentes sont en général au nombre de six à huit, elles sortent du hile de la rate en nombre

égal à celui des branches artérielles qui sont situées toujours en avant des veines. Les branches veineuses se réunissent entre elles pour former des rameaux de deuxième ordre, puis de troisième ordre de nombre correspondant à celui des artères. Enfin la veine forme un tronc unique. Contrairement aux artères correspondantes, les branches veineuses ont un trajet rectiligne et « semblent se hâter de former le tronc veineux définitif ».

Lorsque le pancréas est bien développé et qu'il entre par l'extrémité de sa queue en contact avec la rate les deux branches d'origine de la veine, surtout l'inférieure, adhèrent au pancréas et même peuvent être encastrées dans le tissu pancréatique qui constitue pour chacune d'elles de véritables gouttières.

La veine splénique injectée est beaucoup plus grosse que l'artère de même nom ; elle peut atteindre le volume de la veine grande mésentérique : on le voit bien sur le vivant où elle est vraiment énorme.

Toujours située au-dessous du tronc artériel homonyme, la veine passe au-dessus du bord supérieur de la queue du pancréas et s'engage dans une gouttière creusée sur la face postérieure de la glande. Elle se dirige alors transversalement de gauche à droite puis s'unit à angle droit avec la mésentérique supérieure pour constituer le tronc de la veine porte.

Les collatérales sont nombreuses et certaines sont importantes.

Des branches de deuxième et troisième ordre reçoivent les veines gastriques courtes qui ont cheminé avec les artères homonymes.

La veine gastro-épiploïque gauche est volumineuse. Elle peut soit contourner la queue du pancréas, soit passer au devant d'elle. Elle lui adhère intimement.

Les veines pancréatiques et duodénales sont nombreuses et se jettent dans la splénique tout le long de son trajet.

La veine petite mésentérique est l'affluent le plus important. Rappelons qu'après avoir décrit sa crosse qui longe la partie gauche de la fossette duodénale supérieure, qu'elle contribue à former, elle tend à devenir horizontale. Elle s'abouche à angle aigu dans la splénique en un point qui est situé à environ deux centimètres de l'origine du tronc porte.

Lorsqu'il existe une veine gastrique postérieure ascendante, dans la moitié des cas, comme pour l'artère, cette veine, d'après Pigache et Worms, aborde le bord supérieur de la veine splénique à cinq ou six centimètres de l'origine.

Les anomalies de la veine splénique sont extrêmement rares. On a signalé des cas de duplicité et même de triplicité.

Pour Pigache et Worms au lieu de deux veines à l'origine on pourrait trouver (3 fois sur 32) trois branches principales qui par leur réunion contribueraient à former la veine splénique définitive.

Rappelons les trois cas de Pena, Lejars et Mariau d'anastomose volumineuse entre la veine rénale et la veine splénique au niveau du pédicule. Dans le cas de Lejars « sinueuse et bosselée, communiquant en quelques points avec la veine splénique sous-jacente, l'anastomose réno-splénique, près de sa terminaison, se divise plusieurs fois et forme là un véritable plexus de grosses veines ampullaires — assez analogues au plexus des veines spermatiques variqueuses — et qui plongent dans le parenchyme de la rate ».

Les anostomoses réno-spléniques sont pathologiques pour Mariau et ne se rencontrent que lorsque la circu-

lation intrahépatique est défectueuse, comme dans la cirrhose atrophique du foie. Pour cet auteur il existe normalement entre les deux veines rénale et splénique une fine travée anastomotique qui peut se dilater sous l'influence de processus pathologiques et faire croire à une anomalie. Nous partageons volontiers cette opinion et nous ajoutons même, avec Pierre Descomps, que la question des anastomoses porto-caves aurait besoin d'être reprise à la lumière des données nouvelles sur la morphogénèse des lames péritonéales, des accolements et des plans vasculaires juxtaposés.

D. — Les vaisseaux lymphatiques spléniques et leurs ganglions

C'est une question qui aurait besoin d'être reprise et ceci de façon complète tant pour le pancréas que pour la rate. Voici tout ce que l'on peut trouver à ce sujet dans la littérature et on conviendra que ces données sont assez vagues et restreintes.

a) Lymphatiques.

Mise à part la question de l'origine des vaisseaux lymphatiques dans la rate ils aboutissent à deux ordres de collecteurs les uns superficiels, les autres profonds.

Collecteurs superficiels.

Ils seraient rares et très difficiles à injecter. Sappey a pu nier leur existence. Ils se dirigent vers le hile de la rate et partagent la terminaison des collecteurs profonds.

Collecteurs profonds.

Ils sont satellites des vaisseaux sanguins. Pour Loo-ten on trouverait à l'intérieur de la rate deux lymphatiques pour une artère et une veine, le tout entouré

par la gaine de Malpighi. A travers la capsule fibreuse ils s'anastomosaient avec le groupe précédent.

Jossifow figure schématiquement la constitution de la rate de l'homme et donne une courte description des lymphatiques de la rate d'après von Tomsa et Kieber analogue à celle que nous venons de résumer ; contrairement à Bartels il aurait réussi à injecter ces lymphatiques.

Au niveau du hile splénique il se formerait de six à dix troncs se terminant dans les ganglions externes de la chaîne splénique.

b) Ganglions.

Il n'y a pas, dit-on, de ganglions dans le méso-gastro-splénique ; ceux qui ont été signalés l'ont probablement été par erreur, il s'agissait plus vraisemblablement de rates accessoires, dont on sait la fréquence. Les ganglions sont dans le méso-spléno-pancréatique au-dessus de la queue du pancréas. Le second point est indiscutable, mais le premier appelle de formelles réserves et Pierre Descomps a constaté l'existence de ganglions dans le méso-gastro-splénique près de la rate ; ceci n'est d'ailleurs qu'un détail.

D'après Pigache et Worms il existe un groupe principal de ganglions à la naissance de l'artère gastro-épiplœique gauche. Unissant ce groupe à la chaîne ganglionnaire située derrière le pancréas, le long de la veine splénique, on rencontre sur la face antérieure de la queue du pancréas une série en droite ligne de ganglions qui jalonnent la route suivie par les troncs lymphatiques venus de la rate.

Deux des figures de Jossifow représentent trois ou quatre ganglions au niveau du hile de la rate, accolés à

l'artère splénique ; mais il ne précise rien sur leur siège exact.

Au niveau du hile de la rate les troncs spléniques sont rejoints par un certain nombre de collecteurs gastriques, qui nés au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac, accompagnent les vaisseaux courts et amènent au courant splénique la lymphe de la grosse tubérosité de l'estomac et celle de la moitié ou du quart gauche de la grande courbure.

Une fois constitué, le courant splénique abandonne bientôt la veine homonyme, passe obliquement en écharpe sur la face postérieure du pancréas et croise finalement la veine petite mésentérique en passant en avant d'elle pour rejoindre la citerne de Pecquet. C'est au niveau de ce croisement qu'il est rejoint par le courant colique gauche, qui monte avec la veine mésentérique inférieure.

E. — Lymphatiques du pancréas

Voici d'après Jossifow un résumé des travaux de Bartels. Les vaisseaux lymphatiques du tissu conjonctif interlobulaire forment un réseau abondamment ramifié autour des lobules. Les vaisseaux efférents de ce réseau sont placés des deux côtés des vaisseaux sanguins et constituent un entrelacement en forme de plexus. On divise ces vaisseaux efférents en 4 groupes : gauche, supérieur, droit et inférieur.

I. — A gauche les vaisseaux lymphatiques vont de la queue du pancréas aux ganglions spléniques situés dans le hile de la rate.

II. — En haut les vaisseaux lymphatiques vont aux ganglions pancréatiques supérieurs, plus loin aux ganglions du cardia et aux ganglions hépatiques.

III. — A droite les vaisseaux lymphatiques vont aux ganglions pancréatico-duodénaux antérieurs et postérieurs.

IV. — En bas les vaisseaux lymphatiques vont aux ganglions aortiques, mésentériques, mésocoliques et pancréatiques inférieurs.

Enfin selon Bartels les vaisseaux lymphatiques du pancréas se réunissent aux ganglions du duodénum et peut-être avec ceux des autres parties de l'intestin, du foie, et de la surrénale gauche.

Pierre Descomps et Turnesco ont décrit deux troncs pancréatiques supérieur et inférieur, petits courants qui le long des deux duodéno-pancréatiques drainent la lymphe du duodénum et de la tête du pancréas et sont des branches collatérales du confluent droit gastro-colo-entérique.

DEUXIÈME PARTIE

APPLICATIONS CHIRURGICALES

APPLICATIONS CHIRURGICALES

On se propose d'envisager les applications chirurgicales régionales que suggèrent les considérations anatomiques qui précèdent concernant la zone péritonéale accolée mésogastrique dont le décollement ouvre des voies d'accès nouvelles et d'un haut intérêt.

L'ordre d'exposition adopté est le suivant :

I. — Chirurgie splénique ;

II. — Chirurgie pancréatique ;

III. — Chirurgie du rein gauche ;

V. — Chirurgie lympho-ganglionnaire régionale dans ses rapports avec la chirurgie des côlons gauches et celle de la glande génitale gauche.

CHAPITRE I

CHIRURGIE SPLÉNIQUE

A. — Les voies d'accès sur les vaisseaux spléniques et spécialement sur l'artère splénique

Nombreuses sont les interventions où l'on doit rechercher l'artère splénique, soit pour la ménager, après l'avoir repérée et écartée, soit pour la lier. C'est pour cette raison que nous devons envisager cette question en dehors de la chirurgie splénique.

Le pédicule splénique peut être abordé en un point quelconque de son trajet. Cet accès sur le pédicule splénique n'est pas exempt de difficultés, variables suivant les cas. Parfois on doit renoncer à certaines techniques parce que trop longues, ou parce que trop dangereuses dans tel cas donné ; de sorte qu'il est opportun d'avoir à sa disposition des voies d'accès variées.

Nous renvoyons au minutieux exposé de Rio Branco pour ce qui concerne la mise en place de l'opérateur, de l'aide et de l'opéré, qui ont une importance capitale pour la conduite de l'acte opératoire dirigé soit seulement sur le pédicule splénique, soit sur le pédicule et la rate.

Laissant de côté ce qui concerne la veine splénique ainsi que les lymphatiques et les ganglions nous envisagerons seulement l'artère splénique qui est évidemment le vaisseau capital dans notre propos.

Nous étudierons successivement la découverte de la splénique :

1° A son origine et au niveau de sa première portion, en passant à travers le petit épiploon ;

2° Au niveau de sa portion moyenne, derrière le pancréas ;

— soit qu'on l'aborde en passant au-dessus de la glande ;

ou bien en passant par voie transgastro-colique, à travers le ligament gastro-colique ;

ou bien en passant par voie transmésocolique, à travers le mésocôlon transverse ;

— soit qu'on l'aborde en passant au-dessous de la glande par incision de la base du mésocôlon transverse, décollement de la zone accolée mésogastrique, bascule du corps du pancréas de bas en haut (première nouvelle voie d'accès proposée) ;

3° Au niveau de sa portion terminale, dans la paroi postérieure de l'arrière-cavité des épiploons, en passant à travers le méso-gastro-splénique et l'arrière cavité ;

— soit qu'on l'aborde au niveau de la queue du pancréas ;

— soit qu'on l'aborde au niveau du hile de la rate ;

4° En un point quelconque de son trajet après décollement de la zone accolée mésogastrique exécuté de gauche à droite, donc avec rabattement de la rate, puis du méso-pancréatico-splénique, puis du pancréas (seconde nouvelle voie d'accès proposée).

(1.) Découverte de la splénique à son origine et au niveau de sa première portion, en passant à travers le petit épiploon.

La figure 32, reproduisant une figure de Rio Branco, montre nettement cette ligature. On effondre le petit épiploon au niveau de sa portion moyenne, flaccide,

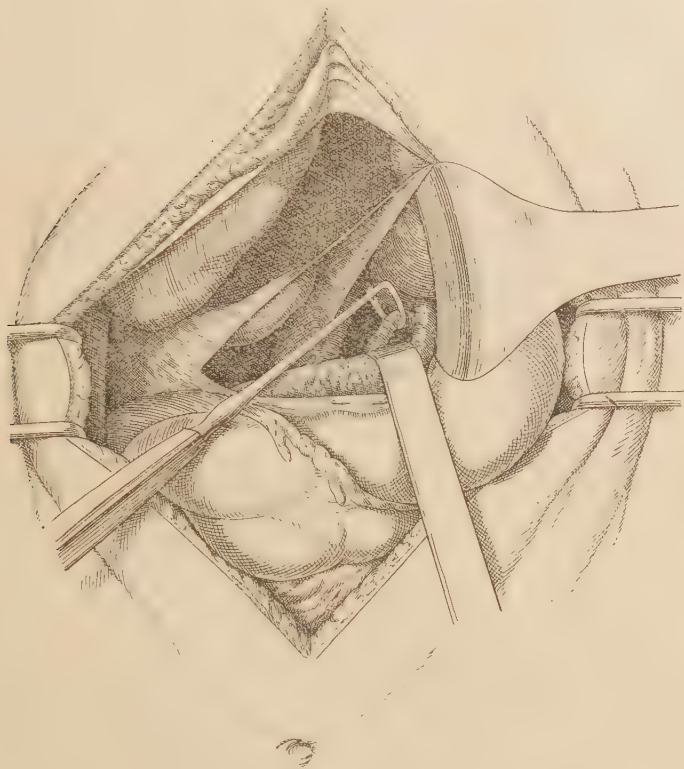


FIG. 32. — Découverte de l'artère splénique à son origine et au niveau de sa première portion en passant à travers le petit épiploon (D'après RIO BRANCO).

Une valve écarte la petite courbure de l'estomac. On cherche le bord supérieur du pancréas, repère capital. On peut alors voir ou palper une des sinuosités de l'artère. Rappelons que dans au moins les deux tiers des cas la splénique présente à son origine un trajet

sus-pancréatique. Si l'artère est d'emblée rétro-pancréatique il faut avec précaution et, en partant de la ligne médiane, se porter à trois ou quatre centimètres à gauche de cette ligne, inciser le péritoine au niveau du bord supérieur du pancréas et décoller la glande, ce qui est facile.

Rappelons les rapports importants, la plupart bien connus, que contracte l'artère splénique dans cette région avec la veine coronaire stomachique et la veine splénique ainsi qu'avec la gangue indissociable à la sonde cannelée du plexus coeliaque.

La veine coronaire stomachique est une grosse veine sur laquelle on n'a pas assez attiré l'attention, ainsi que le remarque Pierre Descomps qui l'a étudiée. Dans la moitié des cas elle gagne, oblique plus qu'horizontale, le flanc gauche du tronc de la veine porte, après avoir suivi la face supéro-droite du tronc coeliaque ; mais elle peut avoir un trajet presque vertical dans sa portion terminale. Elle gagne alors la partie inférieure du tronc de la veine porte, ou même l'abouchement de la veine splénique dans le tronc de la veine porte, 40 % des cas. Enfin, et cette disposition nous intéresse tout particulièrement ici, dans 10 % des cas, franchement déjetée vers la gauche elle descend à gauche du tronc coeliaque, croise la face antérieure ou postérieure de l'artère splénique et se jette dans la veine splénique.

b) Découverte de la splénique au niveau de sa portion moyenne derrière le corps du pancréas.

1° Voie sus-pancréatique, transgastro-colique.

On peut soit inciser le ligament gastro-colique, soit, et mieux, pratiquer le décollement de la poche mésogastrique de bas en haut. Cette manœuvre porte le nom

de décollement colo-épiploïque ; elle commence en effet par la séparation de l'épiploon d'avec le côlon transverse, mais est poursuivie beaucoup plus loin. Elle donne un jour plus important.

C'est le premier procédé qui est figuré ci-contre d'après Rio Branco (fig. 33). Incision transversale du

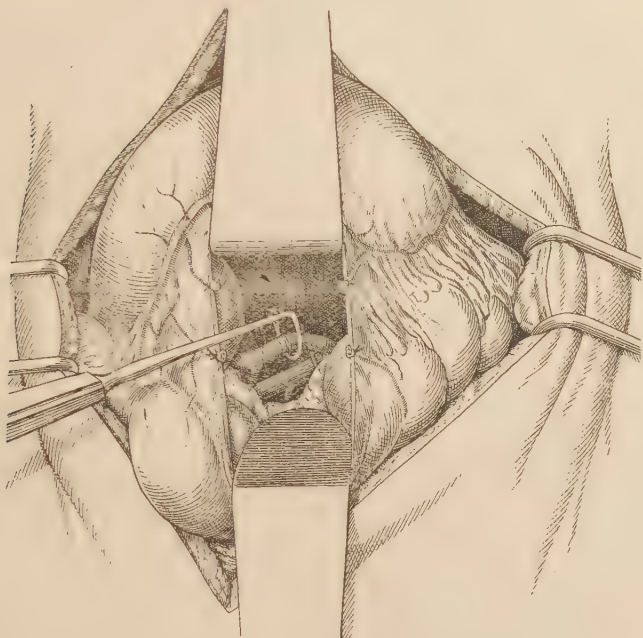


FIG. 33. — Découverte de l'artère splénique au niveau de sa portion moyenne, derrière le corps du pancréas (D'après Rio Branco).

ligament gastro-colique immédiatement au-dessous de l'arcade juxta-gastrique des vaisseaux gastro-épiploïques droits. Il faut toujours prévoir un certain nombre de ligatures des artères épiploïques. Deux valves écartent d'une part la grande courbure de l'estomac, de l'autre le côlon transverse. On procède alors comme précédemment pour rechercher et aborder l'artère. On va au repère essentiel : le bord supérieur du

pancréas. On sait que l'artère ne longe jamais ce bord, mais qu'elle est située derrière le pancréas dans la majorité des cas. On incise alors le péritoine le long du bord supérieur du pancréas, on décolle la glande, ce qui est facile et à sa face postérieure on trouve le paquet vasculaire. L'artère est donc ainsi très aisément abordable. Dans un tiers des cas environ on verra sous le péritoine, sus-jacente au bord supérieur du pancréas, une des sinuosités artérielles, la découverte est alors encore plus simple.

2° Voie sus-pancréatique, transmésocolique.

On fait une brèche au mésocôlon transverse après l'avoir rabattu en haut avec le côlon transverse, comme dans le premier temps d'une gastro-entérostomie postérieure, en plaçant cette brèche au niveau d'une zone avasculaire du méso. L'arrière-cavité est alors largement exposée ; on voit bien le bord supérieur du pancréas et comme dans la précédente voie d'accès les manœuvres de recherches de l'artère au-dessus du pancréas ou derrière lui sont faciles.

3° Voie sous-pancréatique et sous-mésocolique.

Les voies d'abord précédemment décrites paraissent très simples et le sont effectivement lorsque l'anatomie régionale est normale. Mais l'existence de tumeurs rend souvent impossible, ou très difficile, l'application de ces procédés.

Il est alors très utile de savoir aborder de bas en haut l'artère splénique et cela de la façon qui va être précisée.

Voici la technique que nous proposons :

Le côlon transverse et le grand épiploon relevés et rabattus vers le haut, comme dans leur mise en place

dans la gastro-entérostomie postérieure, la partie gauche du mésocôlon transverse à partir de la ligne médiane, plus exactement à partir de l'angle duodéno-jéjunal, est bien étalée et mise en tension par l'aide. Nous avons vu, à propos du développement, que la racine définitive du mésocôlon transverse laisse normalement la totalité du corps, et donc la totalité de la queue du pancréas dans l'étage sus-mésocolique. Même lorsque cette racine définitive du mésocôlon transverse est basse et passe à droite assez haut sur la tête du pancreas, à gauche elle affleure au plus la face inférieure du corps de la glande, s'insérant sur le bord antérieur de cette face quand — ce qui est rare ou du moins n'existe que d'une manière théorique — le corps du pancréas, triangulaire à la coupe sagittale, présente une petite face inférieure, disons donc plus simplement bord inférieur du corps du pancréas (fig. 18 et 19).

On incise le feuillet inférieur du mésocôlon transverse tout près de son insertion pariétale, tout près de sa racine, suivant le pointillé de la figure 34. On est donc là tout près du bord inférieur du corps du pancréas, ou sur ce bord lui-même. L'incision du péritoine sera prudemment menée, en ayant soin de ne pas perdre de vue les vaisseaux mésocoliques qu'il faut respecter; ce temps n'est délicat à la vérité que dans le cas de méso très gras. On incise au bistouri le péritoine seul, puis on continue le décollement à la sonde cannelée. On aperçoit bientôt le bord inférieur du corps du pancréas. Dès que l'on a reconnu la glande on clive, à la sonde ou au doigt, portant une compresse, en remontant derrière elle la zone accolée, ce qui est une manœuvre des plus faciles.

Il faut alors avec précaution basculer le corps du pancréas et en le faisant tourner sur son axe transversal

amener dans la zone décollée sa face postérieure. L'opérateur étant à droite de l'opéré exécute ce mouvement avec la main gauche, qui est du côté de la tête de l'opéré. Le pouce accroche facilement la base du pancréas, ce sont tous les quatre autres doigts de la même main rapprochés qui, à travers le mésocôlon, refoulent

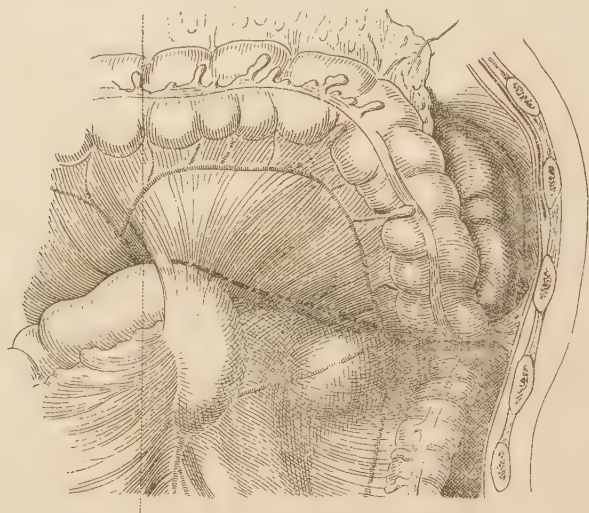


FIG. 34. — Voie d'accès sous pancréatique et sous-mésocolique sur l'artère splénique. Ligne d'incision du mésocôlon transverse, tout près de sa racine (Nouvelle voie d'accès proposée).

de haut en bas et d'arrière en avant, en le faisant tourner autour de son axe transversal, le corps de la glande. Pendant cette manœuvre la main droite portant une compresse achève de dégager le pédicule splénique. Ce mouvement de bascule nous a paru toujours très aisé à obtenir ; on dirait que le pancréas ne demande qu'à obéir à la sollicitation et à tourner sur lui-même ; nous retrouverons même cette rotation spontanément réalisée dans une observation de Baraldi.

Le pancréas retourné est confié à la main droite de l'aide placé à la gauche de l'opéré (Planche I).

Les vaisseaux spléniques sont désormais bien visibles dans les gouttières adjacentes qu'ils se sont creusées. La veine plus basse se montre la première, puis c'est l'artère sus-jacente et en général adjacente. Si l'artère était très sinueuse, ou en position élevée, il faudrait augmenter l'étendue du décollement. Au cours de nos recherches sur le sujet d'amphithéâtre frais, nous avons toujours pu avoir rapidement l'artère sous les yeux et c'est un de ces cas, sur un sujet d'ailleurs très gras, qui a été représenté (Planche I).

c) Découverte de la splénique au niveau de sa portion terminale, dans la paroi postérieure de l'arrière-cavité des épiploons, en passant à travers le méso gastro-splénique et l'arrière-cavité.

1° *Au niveau de la queue du pancréas.*

Pour atteindre dans la paroi postérieure de l'arrière cavité le méso pancréatico-splénique où se trouve la splénique devant la queue du pancréas, il faut d'abord traverser le méso gastro-splénique et ouvrir l'arrière cavité.

On peut donc distinguer deux temps.

On va d'abord à la recherche des vaisseaux courts et du segment initial de l'artère gastro-épiploïque gauche dans le méso gastro-splénique. Pour être assuré de saisir la totalité du contenu du méso gastro-splénique il faut atteindre sa limite inférieure et pour cela pratiquer une brèche immédiatement au-dessus de la zone où le méso, qui continue vers la gauche le ligament gastro-colique, adhère au dernier tiers du côlon transverse. Par l'orifice ainsi créé on introduit dans l'arrière-cavité une sonde cannelée, ou mieux la branche postérieure d'un long clamp qui, placé verticalement entre la rate et l'estomac, va enserrer tous les éléments vasculaires du

ligament gastro-splénique. On exécute séparément les ligatures de tous les vaisseaux de part et d'autre, à distance convenable du clamp, puis, au ras de celui ci, on sectionne le ligament gastro-splénique. En écartant les deux tranches on ouvre largement la poche rétro gastrique de l'arrière-cavité. Si le méso est gras, si on voit mal les vaisseaux, on sectionne d'emblée entre deux clamps et on lie de part et d'autre.

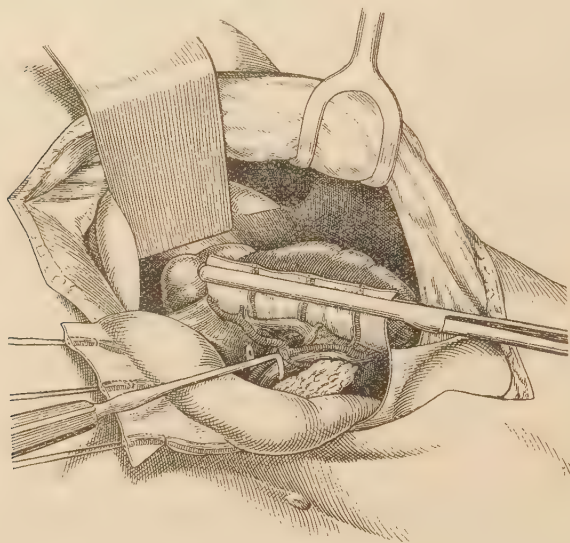


FIG. 33. — Découverte de l'artère splénique au niveau de sa portion terminale, dans la paroi postérieure de l'arrière-cavité des épiploons, en passant à travers le méso-gastro-splénique et l'arrière-cavité. L'aiguille de Deschamps charge l'artère et la veine là où leur tronc encore indivis vient émerger du bord supérieur du pancréas (D'après RIO BRANCO)

Ce premier temps long, comportant une hémostase assez compliquée, parfois plus compliquée qu'on le pense et plus difficile qu'on le souhaiterait, est la plus grosse objection que l'on puisse présenter contre cette voie d'accès, actuellement classique. Il y a mieux à faire, nous le verrons, plus rapide, plus simple, plus sûr.

Deuxième temps : découverte de la splénique.

On peut atteindre l'artère sous le péritoine de la paroi postérieure de l'arrière-cavité soit au moment où elle contourne le bord supérieur du pancréas (fig. 35), soit plus loin devant la glande, soit plus loin encore dans le court méso-pancréatico-splénique lui-même. Il est inutile de décrire séparément ces trois découvertes. Le fait important est le suivant : on peut se trouver en face du tronc même de la splénique ou des troncs des deux branches terminales avec les collatérales qui en naissent. Suivant les cas on se trouvera dans la nécessité de faire une ou plusieurs découvertes en isolant le ou les vaisseaux. Le travail de la sonde cannelée dans la profondeur est loin d'être facile dans certains cas.

Si on se propose de lier on peut lier en masse ou isolément, mieux isolément ou par petits pédicules. Faut-il étreindre alors un peu du tissu du pancréas pour appuyer ces ligatures ? Cette méthode a été recommandée par les uns comme très sûre, rejetée par les autres comme dangereuse et exposant à des fistules pancréatiques secondaires. On n'aperçoit pas bien la nécessité de cet appui pancréatique, le mieux est donc d'y renoncer.

2° Au niveau du hile de la rate.

Mêmes remarques générales que pour la découverte précédente.

Le premier temps, c'est-à-dire l'ouverture de l'arrière-cavité, en traversant le méso gastro-splénique, s'exécute comme dans le premier temps de la précédente découverte.

Voici le second temps.

Le méso pancréatico-splénique est quelquefois facile à mettre en évidence, c'est dans le cas de rate mobile, facile à extérioriser hors de sa loge. Il s'agit toujours en

effet dans le cas de cette ligature au niveau du hile d'une splénectomie ; nous ne parlerons donc que de ligature et d'hémostase.

La rate portée en avant à travers l'incision est attirée au maximum vers la gauche. Les attaches vasculaires étant fortement distendues on a créé en quelque sorte de toutes pièces une nouvelle disposition anatomique, un pédicule étiré, tendu, à vaisseaux bien visibles, figuré par de nombreux auteurs. La position des mains de l'aide, qui doit s'effacer le plus possible, est, dit-on, à ce moment fort importante : trois doigts de chaque main encadrent chaque pôle de la rate, le pouce étant sur la face externe, l'index et le médius entourant le pédicule.

Théoriquement tout cela semble simple. Pratiquement les choses ne se passent ainsi que bien rarement. La rate n'a pas toujours cette complaisante mobilité. Il faut tenir compte aussi dans les grosses rates pathologiques de la friabilité de la rate et de l'augmentation de volume des vaisseaux dont les parois sont devenues elles-mêmes très fragiles. Toutes raisons qui empêchent d'exercer les fortes tractions indiquées plus haut et qui même inclinent fortement à les déconseiller si on ne veut pas déchirer les tissus.

La ligature en masse du méso-pancréatico-splénique est à déconseiller de façon formelle. Le hile normal peut présenter seulement de 5 à 10 centimètres de hauteur, mais dans les cas pathologiques, dans les cas de grosses rates, il peut atteindre et dépasser 20 centimètres. Une telle ligature serait un risque qu'il ne faut pas courir.

La recherche et la ligature de chaque branche séparément est parfois conseillée, il ne faut guère pouvoir compter l'entreprendre, elle serait fort longue et surtout très dangereuse car on est gêné le plus souvent par le

nombre et le volume de tous les vaisseaux, et par la présence de ganglions. Chez les sujets gras le travail de la sonde cannelée dans cet amas de vaisseaux et à une notable profondeur ne saurait être envisagé un seul instant.

Il faut donc faire simplement par petits pédicules des ligatures étagées, après avoir débarrassé le champ opératoire de la présence de la rate par section du pédicule entre deux clamps très longs et très forts verticalement placés au contact de la rate. On lie au mieux en dedans du clamp médial laissé en place jusqu'à hémostase complète. Encore n'est-on jamais certain de n'avoir pas à laisser la pince à demeure et à tamponner.

Cette technique compliquée, longue, difficile, fertile en risques d'hémostase, comportant un temps préalable lui-même important, l'ouverture de l'arrière-cavité, et une première hémostase importante, ne s'adresse qu'aux cas relativement faciles, ce que l'on peut voir dès l'ouverture de l'abdomen. Elle a pour elle l'avantage de porter au delà du point d'émission des vaisseaux courts gastriques et cet autre avantage de respecter sûrement la queue du pancréas.

Il est une autre méthode nouvelle que nous'allons proposer, qui ne présente pas ces graves inconvénients et qui convient d'ailleurs non seulement à ce cas mais à plusieurs autres car elle permet de réperer, et si l'on veut, de lier l'artère splénique en un point quelconque de son trajet.

d, Découverte de la splénique en un point quelconque de son trajet par décollement de la zone accolée mésogastrique exécuté de gauche à droite, donc avec rabattement de la rate, puis du méso-pancréatico-splénique, puis du pancréas.

Si l'on fait de gauche à droite le décollement complet de la zone accolée méso-gastrique, tel que nous l'avons

décrit, c'est pour ainsi dire la totalité de l'artère splénique que l'on peut avoir sous les yeux ; le vaisseau peut être repéré en un point quelconque de son trajet et de plus, si on veut le lier, on peut s'écarter d'emblée des zones dangereuses d'épanouissement du

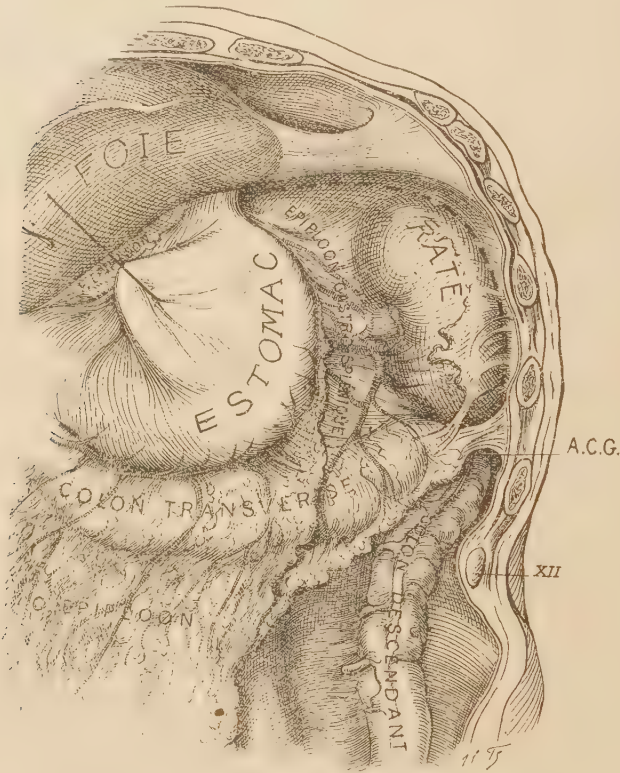


FIG. 36. — Incision au bistouri, à la limite de l'accrolement, qui va permettre le décollement opératoire de la zone mésogastrique (segment supérieur pariétal de l'accrolement), suivant le pointillé. On a figuré ici un cas d'excès d'accrolement (D'après Pierre DESCOMPS)

pédicule en liant à distance suffisante le tronc lui-même, Cette voie d'accès nouvelle peut être utilisée quel que soit le degré d'adhérence du méso pancréatico-splénique et de la rate, même si la rate est complètement adhérente.

La figure 36 montre à quel niveau il faut inciser le

feuillet péritonéal. Il s'agit d'un cas de rate complètement adhérente par adhérences d'ordre anatomique et non pathologique, donc par adhérences, si on peut dire, normales, il y a eu excès d'accolement de la poche mésogastrique.

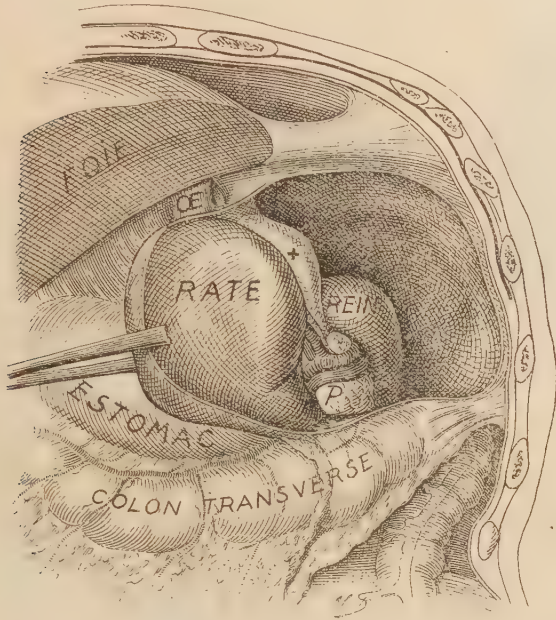


FIG. 37. — Décollement de la zone mésogastrique (segment supérieur pariétal) : premier degré, décollement partiel. C'est la manœuvre de la splénectomie quand la rate n'est pas mobile. La croix indique la poche mésogastrique (D'après Pierre DESCOMPS).

L'incision porte à la limite de l'accolement quel que soit son niveau vers la gauche. Presque verticale, elle suit la courbure imposée par la limite même de l'accolement toujours un peu convexe vers la gauche.

Une petite difficulté réside dans l'amorçage du décollement après l'incision au bistouri. On se trouvera bien de saisir la lèvre interne médiale de l'incision péritonéale avec des pinces en cœur, c'est en effet le manque de

prise qui est gênant. Dès que le décollement est commencé cette prise devient meilleure. Bientôt on peut prendre point d'appui sur la rate elle-même qu'on incline vers la droite (fig. 37) ; le clivage se fait alors avec la plus grande facilité et on peut le poursuivre très

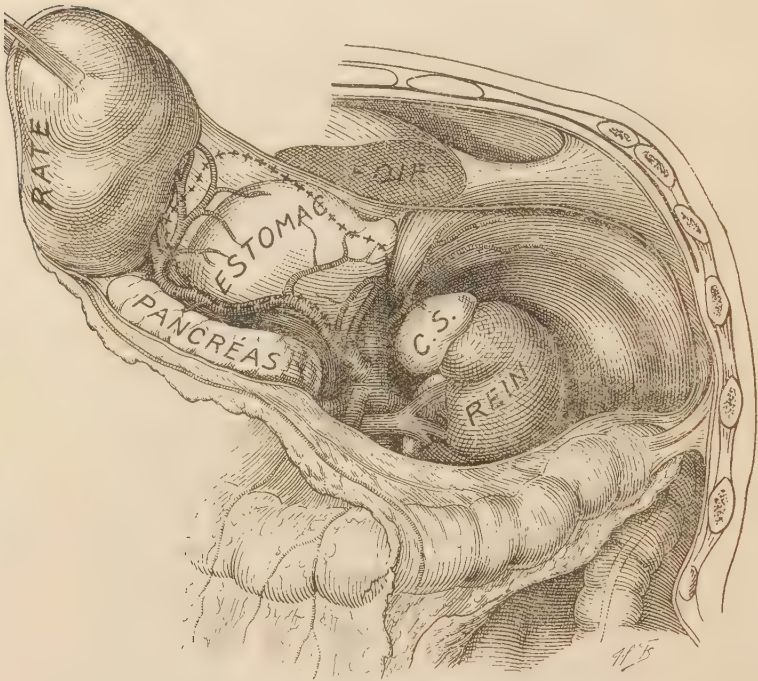


FIG. 38. — Décollement de la zone mésogastrique (segment supérieur pariétal). Second degré, décollement total. Remarquer que la poche mésogastrique n'est pas intacte, son contour est indiqué en pointillé, elle devrait recouvrir d'un voile une partie des organes rabattus, c'est donc un faux décollement qui est représenté. D'après Pierre DESCOMES)

rapidement aussi loin qu'on le veut, le pousser jusqu'à la ligne médiane.

On est arrêté dans le décollement un peu avant la ligne médiane, la main qui avançait d'abord avec aisance vient butter dans une gouttière et on a nettement l'impression d'une limite naturelle de la zone décollable. Rappelons

que chez le fœtus nous avons constaté cette limite qui est constante chez l'adulte.

Si on voulait pousser plus loin il faudrait faire une véritable dissection au bistouri, la sonde cannelée ne pouvant être d'aucune utilité dans le feutrage du plexus coéliquique. Mieux vaut, évidemment, s'arrêter si on veut avoir tout le bénéfice de cette méthode ; aussi bien une dissection poussée plus loin serait certainement superflue, on n'est même pas habituellement obligé d'arriver à la limite de clivage de l'accolement.

La figure 38 montre le décollement poussé à son extrême limite. Les figures de la planche II le représentent moins avancé, à moitié environ de son étendue. On y remarquera le siège d'une ligature de la splénique exécutée auparavant sur le même sujet par la voie sous-mésocolique et sous-pancréatique que nous avons décrite et qui fixe sur le niveau du décollement dans l'un et l'autre cas.

Les vaisseaux spléniques apparaissent immédiatement dès le début du décollement et désormais on ne les perd plus de vue. Ils sont facilement accessibles au point choisi où on veut les aborder. Ceci permet, si on veut lier, ce qui est le cas habituel, de suivre la loi générale de toute hémostase qui commande de lier d'emblée le tronc et non les branches au niveau de leur épanouissement, toutes les fois que c'est possible. Tel est le gros avantage de cette méthode simple, rapide, sûre, qui va chercher d'emblée le tronc artériel.

Ce n'est que dans la portion toute voisine de la rate, chez les sujets très gras, que de la graisse sous péritonéale masque, au début du décollement, la bifurcation et les collatérales ; mais il est très facile de dégager ce carrefour s'il est nécessaire et plus facile encore de le dépasser vers la droite pour se trouver en présence du tronc artériel lui-même.

B. — Les splénectomies

a) Les indications

Rappelons que l'on peut être amené à pratiquer des splénectomies :

1° Dans les cas de traumatismes de la rate (ruptures, torsions) cas d'urgence indiscutable ;

2° Dans les cas de tuberculose primitive massive de la rate ;

3° Dans les cas de tumeurs liquides ou solides de la rate kystes parasitaires (hydatiques), angiomes et lymphangiomes kystiques, rate polykystique, sarcomes, endothéliomes, épithéliomes. Dans ces diverses catégories de tumeurs, la splénectomie doit d'ailleurs être discutée pour chaque cas particulier et n'est donc qu'une méthode éventuelle de traitement ;

4° Dans les cas de grosses rates, c'est-à-dire de splénomégalias, cas les plus fréquents, qu'il s'agisse :

a) de maladies du sang et des organes hématopoïétiques s'accompagnant de splénomégalie, ictère hémolytique avec splénomégalie en particulier : c'est une des meilleures indications de la splénectomie ;

b) du syndrome d'anémie progressive avec grosse rate primitive, dit maladie de Banti, où la splénectomie est très favorable si on la pratique au début avant la cirrhose ;

c) des grosses rates paludiques où la splénectomie a des indications nettes et donne de bons résultats ;

d) de l'anémie splénique infantile avec grosse rate, où la splénectomie est d'indication plus douteuse ;

e) des grosses rates syphilitiques où l'indication reste exceptionnelle ;

f) dans les leucémies et anémies permicieuses les résul-

tats de la splénectomie restent très médiocres ; les indications de la splénectomie y sont cependant toujours en discussion.

b) Les voies d'accès.

Il s'agit uniquement d'une question d'incision pariétale, la rate étant facile à aborder.

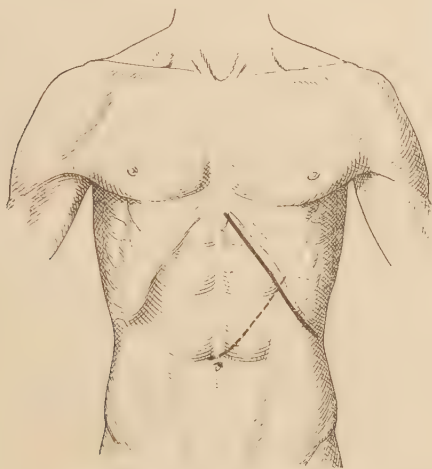


FIG. 39. — Lignes d'incision pour les splénectomies. En trait pointillé incision de Lecène et Deniker.

Il semble que trois incisions seulement sont à retenir dans la multitude de celles qui ont été proposées pour aborder la rate :

1° L'incision parallèle au rebord costal gauche (fig. 39 trait plein), qui est bonne dans les cas faciles. On peut il est vrai l'agrandir par un prolongement inférieur vertical, ou par l'adjonction d'une résection du rebord costal ;

2° L'incision de Lecène et Deniker qui part à la hauteur des 8^e ou 9^e cartilage costal sur le rebord costal et descend obliquement pour aboutir au-dessus de l'ombi-

lic, on pourra avantageusement la prolonger de 2 à 3 centimètres au delà de la ligne médiane (fig. 39 trait pointillé) ;

3° L'incision ondulée de Kehr reportée à gauche qui donne un jour excellent. On a accusé cette incision de donner lieu, tant à gauche qu'à droite, à des éventrations. Si on a soin de bien reconstituer le muscle droit cette complication secondaire n'est pas à craindre. « Pour obtenir un bon résultat il faut fermer en un plan avec des fils de bronze ; d'autre part il faut repérer avec soin, au moment même de l'incision, en haut et en bas de la tranche de section du muscle droit, les bords de ce muscle et en bien marquer les angles avec quatre pinces de Museux. Une coaptation parfaite du muscle est obtenue au moment de la suture par deux fils de bronze placés sur les deux bords du muscle et réunissant ces angles deux à deux ; on y ajoute deux fils de bronze intermédiaires ; le muscle droit est ainsi correctement restauré et il n'y a pas de risque d'éventration » (Pierre Descomps).

c) La technique de la splénectomie.

La pratique de la chirurgie splénique montre que la splénectomie est selon les cas ou une intervention très facile ou au contraire une intervention très difficile.

1° CAS FACILES.

Toute incision dans ce cas est bonne : on a pu faire de telles splénectomies par une incision de laparotomie médiane.

La rate est libre et, point capital, peut être extériorisée, c'est-à-dire se révèle non adhérente ou du moins munie de ligaments, de mésos, dont la longueur est

telle que l'on peut amener l'organe aisément au niveau de l'incision pariétale.

La main qui explore contourne la rate en totalité, par des tractions douces elle l'extériorise peu à peu, de sorte qu'on expose et l'organe et son pédicule. Placer un clamp au ras de la rate, au niveau du hile, plus en dedans un second clamp et l'hémostase est assurée.

Après ablation première de la rate en incisant entre les deux clamps, on termine par la ligature du pédicule, soit en masse si ce pédicule étiré est vraiment petit, soit, et mieux si ce pédicule est un peu volumineux, par plusieurs ligatures en chaîne.

Vérifier la région avant de refermer, en particulier s'assurer qu'une polaire supérieure n'a pas été déchirée ou qu'il n'y a pas de lobes spléniques aberrants.

Dans quelques cas la laparotomie met en présence d'une rate non seulement mobilisable et facile à extérioriser, mais très mobile, flottante, se déplaçant dans l'abdomen et dont parfois on n'a même pas fait le diagnostic clinique. En voici une observation typique de M. Pierre Descomps.

Obs. I. — M. Pierre DESCOMPS (*inédite*).

H... Marie, 25 ans. Pratique privée, Décembre 1918.

Cette malade présentait à gauche une tumeur pelvienne mobile, du volume d'une tête d'enfant et qui semblait manifestement être un kyste de l'ovaire à l'exploration clinique.

Laparotomie exploratrice en position de Trendelenburg très accentuée. Il n'y a pas de kyste pelvien, ni abdominal. On découvre enfin qu'il s'agit d'une grosse rate que la position inclinée a ramenée à sa place normale (les examens ultérieurs ont révélé qu'il s'agissait d'une rate palustre). Rate complètement mobile ainsi que ses vaisseaux et ainsi que la queue et le corps du pancréas. Il y avait dans ce cas absence complète d'accolement de la face postérieure de la poche mésogastrique à la paroi. Cette poche était flottante et d'ail-

leurs normalement constituée. Splénectomie rendue très facile par l'isolement du pédicule dont les éléments étaient énormes, spécialement les veines, et très rapidement exécutée. Fermeture de la paroi en un plan aux fils de bronze.

A des degrés moindres cette mobilité de la rate n'est pas rare et tout chirurgien en a observé certainement plusieurs cas. Notre maître M. le professeur Hartmann a publié au IX^e Congrès de Chirurgie 4 cas de rate mobile. Rappelons qu'il a proposé l'emploi de la position de Trendelenburg comme moyen de diagnostic clinique, la rate tendant alors à reprendre sa place normale. C'est une méthode qu'emploient beaucoup de cliniciens dans les cas de tumeurs mobiles de l'abdomen ; on peut la combiner avec des déplacements du malade qu'on place successivement en diverses positions et on essaie d'arriver à une localisation précise.

C'est par l'existence de cette disposition préalable d'une rate non accolée et parfois mobile grâce à un long pédicule étiré que l'on peut expliquer les torsions du pédicule de la rate.

Il s'agit dans ces divers cas de dispositions congénitales, d'un défaut d'accolement de la poche mésogastrique ; ces défauts d'accolement de la poche mésogastrique ont été schématisés précédemment (fig. 24 et 25).

2^o CAS DIFFICILES.

La rate est fixée, adhérente et, point capital, ne peut être extériorisée.

Si on a pu faire le diagnostic clinique de cette disposition, ce qui est rare, le choix de l'incision prend dans ce cas une grande importance car il faut se donner du jour. Parfois pour se donner ce jour nécessaire on a été conduit au cours de l'opération à pratiquer de véritables laparo-thoraco-phrénotomie. Il faut éviter ces grands

délabrements. Pour cela mieux vaut toujours prévoir le cas difficile et choisir d'avance l'incision optima ; nous en avons déjà parlé.

L'exploration la plus sommaire de la rate dès que l'abdomen est ouvert permet de constater que la rate est adhérente, immobile, accolée à la paroi par sa face convexe. La rate est retenue et étroitement fixée dans sa loge soit par de fortes adhérences pathologiques, soit par la brièveté de ses ligaments, de ses mésos, soit et le plus souvent par l'excès des accolements dont nous avons parlé et précisé l'anatomie. Il s'agit d'une disposition congénitale défavorable.

Que faut-il faire dans ces cas ?

C'est entre plusieurs autres un des points qui a particulièrement retenu notre attention.

Il ne faut pas essayer de mobiliser la rate sous peine d'hémorragies graves. L'intervention brutale, réalisée en force, serait longue, pénible, sanglante si l'on essayait de réaliser cette mobilisation pour tenter « quand même » la technique indiquée pour les rates mobiles ou de s'en rapprocher. Et pourtant cela a été tenté. Voici les conseils que l'on peut trouver dans certains ouvrages de technique chirurgicale. Ils nous paraissent des plus inopportuns.

La rate ne pouvant être extériorisée d'emblée, découvrir le pédicule en attirant « fortement » l'estomac à droite, le côlon en bas, glisser la main sous le pédicule et le pincer au moyen de deux gros clamps courbes que l'on placera « comme on pourra » de bas en haut, l'un du côté de la rate, l'autre plus en dedans. Comme on ne peut charger ainsi la totalité du pédicule, sectionner « ce qui a été pris » entre les deux clamps et en remontant recommencer la manœuvre de proche en proche jusqu'à la limite du pédicule.

On comprend aisément qu'avec cette technique aveugle et des plus aléatoires on n'ait pu faire dans la plupart de ces cas que des laparotomies exploratrices, la splénectomie ayant été reconnue irréalisable après des essais finalement infructueux.

Il y a vraiment mieux à faire.

Des techniques précises ont été proposées qui dans tous les cas envisagent une ligature première du tronc de l'artère splénique, les techniques variant seulement suivant le siège de cette ligature sur le tronc artériel. La ligature porte aussi, cela s'entend, sur la veine splénique. Donc cette ligature préalable est la condition inéluctable de la sécurité. Toute technique correcte de splénectomie doit actuellement se soumettre à cette condition majeure.

Nous allons envisager ces diverses techniques. Les détails que nous avons donnés pour les voies d'accès sur l'artère splénique vont nous permettre d'alléger cette partie de notre exposé de la question complexe de la ligature du pédicule splénique.

α) Splénectomie après ouverture de l'arrière-cavité des épiploons et ligature préalable du pédicule splénique dans sa portion terminale.

C'est la technique que l'on peut dire classique, en tout cas la plus répandue et qui en particulier est conseillée par Lecène et Deniker dans leur récent et très important mémoire. Elle a pour base la ligature du pédicule splénique dans sa portion terminale, au niveau de la queue du pancréas et comporte donc les mêmes temps complétés par la splénectomie.

Premier temps :

Hémostase du méso gastro-splénique, ligature des vaisseaux courts et de la gastro-épiploïque gauche.

L'arrière-cavité se trouve largement ouverte, on aperçoit dans le fond la queue du pancréas et le péritoine pariétal postérieur soulevé par le pédicule vasculaire.

Deuxième temps :

Recherche de l'artère et de la veine spléniques entre le hile de la rate et la queue du pancréas. Lier isolément chacun de ces deux vaisseaux en faisant une double ligature sur chacun d'eux et en coupant entre les deux ligatures. Eviter avec soin la blessure du pancréas qui saignerait beaucoup. L'hémostase essentielle se trouve réalisée d'un seul coup. On est assuré de ne plus avoir d'hémorragie importante.

Troisième temps :

Libération de la rate de sa loge et extériorisation progressive hors de l'incision. Les pédicules accessoires, les polaires inférieure et supérieure en particulier, sont saisis et liés, puis la rate est complètement enlevée.

Révision et réparation du foyer opératoire.

Cette technique est très séduisante mais paraît s'adresser à des cas relativement faciles. On doit convenir que dans les cas vraiment difficiles elle peut présenter des difficultés très sérieuses du fait de la multiplicité des plans vasculaires à lier, du fait de la friabilité des tissus, du fait du volume parfois énorme des vaisseaux et de la rate elle-même qui gêne l'accès sur les dits vaisseaux, du fait du travail à exécuter en profondeur. Nous avons signalé tout cela à propos de la ligature splénique. Les auteurs précités rappellent justement que dans une splénectomie pour grosse rate, surtout dans la maladie de Banti, il faut se souvenir que tous les pédicules secondaires, vaisseaux courts et surtout vaisseaux polaires, peuvent présenter un volume considérable.

L'observation suivante montre d'ailleurs à quelles difficultés on peut se heurter par cette voie d'accès sur

les gros troncs. L'observation est d'autant plus nette qu'il s'agit d'une rate normale, donc d'un cas où on n'était pas gêné par le volume des vaisseaux et par le volume de la rate. La difficulté était ici d'un autre ordre.

Obs. II. — M. Pierre DESCOMPS (*inédite*).

Fissuration traumatique de la rate. Difficultés de l'hémotase. La Pitié, 1910.

Opération d'urgence d'une large fissuration traumatique de la rate, écrasement par roue de voiture, avec forte hémorragie, hémorragie cependant assez lente pour permettre une intervention réglée. Laparotomie latérale. Rate très adhérente dont l'extériorisation est impossible. Le pédicule splénique est abordé en avant en passant au travers de l'épiploon gastro-splénique lui-même très vasculaire. L'opérateur est très gêné, ne voit rien de net dans les tissus traumatisés, rouge-violacés, infiltrés dans la région du hile de la rate et de la queue du pancréas. La rate est réséquée en laissant des pinces à demeure, certaines ligatures ne tenant pas sur des tissus écrasés, friables et saignants.

Il y aurait eu intérêt manifeste dans ce cas à décoller le pancréas, soit en rabattant d'abord la rate de gauche à droite, soit en abordant, pour le lier directement, le tronc des vaisseaux spléniques derrière le corps du pancréas, en passant sous le mésocôlon transverse et sous le pancréas. Nous allons exposer ces deux techniques, basées sur les voies d'accès similaires sur l'artère splénique.

β. — Splénectomie après ligature préalable du pédicule splénique dans sa portion moyenne derrière le corps du pancréas.

Nous savons que le pédicule splénique peut être abordé au niveau de la partie moyenne des deux gros

troncs, soit au-dessus du corps du pancréas, soit au-dessous de lui.

Dans le premier cas, on peut atteindre les vaisseaux spléniques après décollement de bas en haut de la poche mésogastrique dit décollement colo-épiploïque. Cette manœuvre donne beaucoup plus de jour que l'incision du ligament gastro-colique, incision qu'on ne peut faire le plus souvent assez étendue et qui réclame, d'autre part, plusieurs ligatures complémentaires.

Dans le second cas on utilise la technique nouvelle que nous avons présentée plus haut. En voici une application qui n'a pu être complète et typique, mais qui montre que cette voie est pratiquement toujours libre et permet de comprendre ce que l'on peut en attendre.

Obs. III. — M. Pierre DESCOMPS (*inédite*).

Volumineux néoplasme de la rate ; épithélioma inextirpable.

V. . Marie, 61 ans. Salle Andral, La Charité, 18 juillet 1929.

Laparotomie répondant au grand axe et au point culminant de la tumeur ; parallèle au rebord costal à six centimètres au-dessous de ce rebord et allant de la ligne médiane à la ligne axillaire. La tumeur énorme, constatée à l'examen clinique, mais dont le diagnostic clinique n'avait pu être affirmé sans conteste est une tumeur de la rate. Celle-ci forme en bas et en avant une languette épaisse, crénelée au niveau de son bord, très dure, grisâtre et d'apparence néoplasique, (prélèvement = épithélioma). La rate complètement adhérente à gauche par sa face convexe à la paroi constitue en arrière une masse énorme, soulevant l'estomac, masse très dure de même aspect que la languette superficielle sus-indiquée. A droite, on la sent encore sous le petit épiploon, toujours très indurée. En arrière, en explorant par en bas sous le mésocôlon transverse et après ouverture du péritoine postérieur elle se montre indépendante du pancréas qu'elle soulève au niveau de la queue et du corps jus-

qu'aux vaisseaux hépatiques, réalisant en quelque sorte le décollement de la poche mésogastrique. Les vaisseaux spléniques, très volumineux, sont accessibles à ce niveau et il serait facile de les lier. L'espace est facilement décollable derrière le pancréas. C'est ce point que l'on veut se borner à signaler pour bien marquer que dans ce cas particulièrement difficile l'accès sur le pédicule splénique tronculaire était facile à réaliser. Fermeture de la paroi en un plan par fils métalliques.

γ. — Splénectomie et ligature du pédicule splénique simultanées après décollement de gauche à droite de la zone accolée mésogastrique.

Nous avons trouvé dans la littérature un auteur, Bischof, qui, lui aussi, a employé et conseillé cette technique. Il constate, lui aussi, que la ligature préalable des vaisseaux spléniques est souvent difficile. De plus, à son avis, si on emploie une autre méthode — il vise sans doute la première méthode que nous venons de signaler — on risque de lier avec eux l'artère colique moyenne et de provoquer ainsi une gangrène de l'intestin. C'est, en effet, une possibilité quand on fouille à l'aveuglette dans la région : nous devons, cependant, faire remarquer que l'artère colique moyenne est, en général, beaucoup plus à droite quand elle est unique ; il s'agirait donc d'une artère accessoire du côlon transverse comme on en rencontre souvent, il est vrai, ou de l'arcade anastomotique avec la colique gauche dans les cas de mésocôlon transverse court et peu flottant cas où l'arcade est très rapprochée de la paroi postérieure. Quoi qu'il en soit ce danger pour les côlons comme pour tous les organes de la région n'est pas une illusion.

Bischof, donc, décolle la rate en sectionnant ce qu'il appelle le ligament phrénocolique, en somme les adhérences pariétales hautes de la rate. Il détache en même

temps que la rate la queue du pancréas et récline le tout en bloc, viscères et vaisseaux vers la droite.

C'est exactement ce que nous avons observé et ce que nous conseillons, nous l'avons dit à propos de la ligature. Cette manœuvre découvre parfaitement les vaisseaux spléniques. Après leur ligature, très facile, puisqu'on les a sous la main et sous les yeux, il n'y a plus qu'à sectionner et lier le méso-gastro-splénique au ras de la rate et la rate est détachée.

Voici, parmi d'autres, une observation typique de splénectomie faite suivant cette technique, que M. Descomps emploie depuis longtemps, que nous avons indiquée d'après sa pratique qui comporte un certain nombre de splénectomies pour splénomégalias très adhérentes et quelques splénectomies plus simples pour traumatisme, en particulier dans la chirurgie de guerre.

Obs. IV. — M. Pierre DESCOMPS (*inédite*).

H... Jean, 50 ans, pratique privée. Mars 1923.

Laparotomie sous-costale gauche. Rate volumineuse (tête d'adulte) qu'on croyait enlever pour une splénomégalie bénigne et que les examens de laboratoire, après la splénectomie, révélèrent être un sarcome de la rate. Rate complètement adhérente par sa face convexe à la paroi, adhérences capsulaires peu serrées, assez facilement décollables sans hémorragie notable, sauf vers la convexité où elles sont assez denses au contact de la paroi. Il y a en avant dans l'épiploon gastro-splénique d'énormes vaisseaux. Le pédicule paraît difficilement abordable par la voie antérieure. La rate est décollée de gauche à droite et d'avant en arrière. Le décollement pariétal amorcé au bistouri, seulement interrompu pour comprimer par de grandes compresses les surfaces cruentées, se poursuit avec le doigt ganté d'une compresse derrière la queue et le corps du pancréas qui ne sont pas distincts, en ce sens qu'il n'y a aucune mobilité de l'extrémité du pancréas lequel est complètement accolé : il n'y a pas d'épiploon pancréatico splénique mobile par consé-

quent. Le nid du pôle inférieur de la rate est profond mais se laisse bien aborder. La rate en est énucléée. La rate est dès lors complètement retournée et rejetée vers la droite, vers la ligne médiane, ainsi que le pancréas et on peut lier les vaisseaux spléniques au niveau du pédicule encore unique : l'artère est très grosse, la veine énorme. Tamponnement par mèches. Un drain pour l'aspiration ultérieure de l'épanchement lympho-hématique pariétal. Ce drainage et cette compression ont été laissés en place trois jours. Fermeture de la paroi en un plan, fils métalliques.

Les vaisseaux spléniques étant liés faut-il enlever la rate ?

On a essayé après ligature des vaisseaux spléniques de laisser en place la rate sans y toucher, espérant que privée de ses artères elle pourrait s'atrophier. Il faut renoncer de façon absolue à cette solution ; elle a donné lieu à des accidents nombreux de gangrène suivis de péritonite mortelle.

La méthode qu'a utilisé Silvestrini ne peut être qu'un procédé d'exception. On en peut juger d'après l'observation qu'il a publiée.

Obs. V. — R. SILVESTRINI (d'après l'analyse du *Journal de Chirurgie*).

Un homme d'une trentaine d'années, paludéen invétéré, présente une hypertrophie considérable de la rate dont le pôle supérieur remonte jusqu'au 7^e espace intercostal, tandis que son pôle inférieur descend à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic et que son bord interne atteint presque la ligne médiane. Le foie est dur et déborde les côtes d'un travers de doigt. Etat général médiocre : traces d'albumine dans l'urine G.-R. = 3.450.000. Sous anesthésie à l'éther, S. fait une incision de Kehr à gauche et constate qu'il y a des adhérences telles que la splénectomie immédiate paraît impossible. Il se contente donc de décoller la rate de l'estomac et du côlon et de libérer le bord externe du grand épiploon, pour atteindre la queue du pancréas qui, elle-même, adhère

à la rate. Il reconnaît à ce niveau l'artère et la veine spléniques, très augmentées de calibre ; il les isole avec précaution et les coupe entre deux ligatures. Il laisse la plaie pariétale complètement ouverte et se contente d'en garnir les bords avec des mèches de gaze iodoformée, de façon à provoquer la formation d'adhérences spléno-pariétales. Le surlendemain il fait une incision losangique sur la capsule de la rate, restant à 2 centimètres des bords de la plaie pariétale, et il extirpe un gros fragment de tissu splénique : l'hémorragie est presque nulle ; la brèche splénique est tamponnée, 48 heures après, nouvelle excision de tissu splénique à la curette, en restant toujours sous la capsule. 2 autres séances d'évidement sont faites au 5^e et au 7^e jours après l'opération. Au 10^e jour, les portions enlevées de la rate atteignaient les dimensions d'une tête de fœtus, mais la cavité creusée dans l'organe s'était déjà notablement rétrécie sous l'influence de la poussée des viscères voisins. Au bout d'un mois survint un violent accès paludéen qui céda rapidement à la quinine. Pendant les deux mois suivants, l'élimination du tissu splénique et même de la capsule s'acheva sans réaction septique ; la brèche se réduisit à un sillon linéaire, profond de quelques centimètres, et la cicatrisation fut complète au bout de 4 mois. En même temps, l'état général se remontait, le nombre des G -R. atteignait 4.630.000 ; le foie avait à peu près repris sa consistance et son volume normaux.

Il faut donc et lier les vaisseaux et enlever la rate ; c'est le plus simple et le plus sûr. La ligature met à l'abri des dangers d'hémorragie. Le décollement de la poche mésogastrique systématiquement réalisé de gauche à droite permet d'enlever rapidement l'organe, d'éviter les accidents de choc qui, lorsqu'on n'y a pas recours, résultent d'une intervention longue, pénible. Cette amélioration de la technique lève beaucoup d'hésitations. C'est pour cette raison que nous considérons comme méthode de choix la splénectomie après décollement de la poche mésogastrique qui permet de réaliser

simultanément, on peut le dire, et la ligature, avec les ligatures accessoires, et la splénectomie.

En cas de difficultés particulièrement grandes au moment du décollement de la rate, en cas d'hémorragie par déchirure d'une rate très friable, on aurait recours, toujours en utilisant le décollement de la poche mésogastrique, à la ligature préalable du tronc splénique et de la veine par voie sous-pancréatique et sous-mésocolique, immédiatement suivie de la splénectomie, second temps opératoire, c'est-à-dire à la deuxième méthode de splénectomie que nous venons d'exposer.

CHAPITRE II

CHIRURGIE DU CORPS ET DE LA QUEUE DU PANCRÉAS. LES PANCRÉATECTOMIES PARTIELLES DU CORPS ET DE LA QUEUE

I. — Les indications

La pathologie pancréatique comporte encore bien des inconnues ; les indications nettes de la chirurgie pancréatique ne sont pas établies. Brocq et Miginiac citant Kôrte insistent sur ce que « trop souvent on oublie que tout malade a un pancréas ». On peut penser que des diagnostics plus précis, plus précocement portés, des voies d'abord, donc d'exploration, plus faciles, des techniques mieux étudiées et mieux réglées, permettront d'étendre le champ des interventions chirurgicales sur le pancréas.

Nous n'avons à exposer ici qu'un champ très limité de la chirurgie pancréatique ; mais qu'il nous soit permis de faire observer que les remarques d'ordre anatomique et technique, concernant la région de la zone mésogastrique accolée, dont nous allons indiquer l'adaptation à la chirurgie du corps et de la queue du pancréas, paraissent susceptibles d'applications plus

étendues et pourraient apporter une utile contribution à la connaissance plus approfondie, plus précise, des voies d'accès sur les divers segments du pancréas.

A. — Plaies et ruptures du pancréas

On les découvre lorsqu'on intervient précocement par laparotomie exploratrice dans les contusions graves de la région épigastrique. C'est un cas particulier de la question des indications opératoires dans les contusions abdominales. Si les symptômes se sont amendés, si d'une manière générale on n'intervient pas d'urgence, l'évolution peut se faire vers la formation d'un hémato-me collecté.

Lecène qui avait opéré ainsi précocement une rupture transversale du pancréas, rupture presque complète à l'exclusion du canal de Wirsung, observa une guérison rapide malgré une fistule pancréatique rapidement tarie par le régime antidiabétique, s'est montré très partisan de l'intervention précoce alors que l'hémato-me est en train de se constituer.

Pierre Descomps nous signale un cas analogue.

Il s'agissait d'un écrasement complet de la tête et d'une partie du corps du pancréas, tel qu'au cours de la laparotomie exploratrice, après avoir fait la toilette de la région et enlevé les débris de tissu pancréatique, le canal de Wirsung, le cholédoque et les deux confluent veineux portal et cavo-rénal apparaissaient comme disséqués. Sous tamponnement le blessé guérit sans fistule pancréatique.

Havlicek a eu aussi un très beau résultat dans un cas moins grave il est vrai.

Rupture de la rate, splénectomie. Incision du ligament gastro-colique qui conduit sur une rupture de la queue du

pancréas de laquelle est détaché un fragment de 25 mm. environ, fragment que l'on enlève. Suture du moignon pancréatique après avivement : guérison.

Lehrnebecher, dans un cas analogue, a perdu son opéré au 4^e jour.

Contusion abdominale. Exploration secondaire. Effondrement du ligament gastro-colique. Rupture verticale complète de la queue du pancréas. le canal de Wirsung est sans aucun doute intéressé. Pas de cysto stéato-nécrose. L'artère splénique ne bat pas, on ne voit pas la veine. Suture de la plaie du pancréas, péritonisation. Comme il existe une hémorragie près du hile de la rate on fait une splénectomie.

Ces faits et bien d'autres justifient l'intervention, en particulier les réssections partielles hémiques nécessaires dans les traumatismes du pancréas et d'ailleurs l'exploration précoce dans les contusions graves de l'abdomen.

Les hémorragies sous les hématomes sont plus fréquentes et plus graves au niveau de la tête qu'au niveau du corps et de la queue. Le panchement en général pré-pancréatique ne semble se faire qu'exceptionnellement dans la zone accolée mésogastrique.

Nous devons signaler les traumatismes chirurgicaux accidentels du pancréas. Ils sont relativement fréquents, soit au cours des gastrectomies, soit au cours des splénectomies. Il est probable qu'ils seraient moins fréquents si on usait systématiquement, au niveau de la queue et du corps, du décollement que fournit la zone mésogastrique accolée. D'une façon générale ils sont d'une bénignité extrême ; la suture est très rarement indiquée ; un drainage de deux ou trois jours est parfois très utile ainsi que le tamponnement s'il y a une

petite hémorragie persistante ; il est exceptionnel de constater des fistules pancréatiques.

Mayo, sur un total de 35 splénectomies, signale trois fois la blessure de la queue du pancréas quand celle-ci s'étendait jusqu'au hile de la rate. La splénectomie était exécutée, sans se préoccuper du pancréas, en énucléant la rate de l'abdomen après l'avoir libérée, sans aucun doute par décollement de la zone accolée mésogastrique, que Mayo, comme beaucoup de chirurgiens, exécutait sans s'en douter en trouvant le bon plan de clivage. Un clamp caoutchouté enserrait en bloc tout le pédicule et pinçait donc la queue du pancréas. Le canal excréteur pancréatique était nettement visible dans la ligature, on se contentait de péritoniser le moignon. La guérison est toujours survenue sans incidents.

Pierre Descomps nous signale que dans un cas analogue il a adopté la même technique vis-à-vis de la queue du pancréas anormalement longue et déchirée au cours du décollement.

Les bons résultats de l'intervention dans les traumatismes du pancréas pouvant nécessiter des résections partielles du corps et de la queue, l'évacuation des hématomas, les restaurations des plaies du pancréas ne peuvent que se multiplier, semble-t-il, si par une intervention précoce, mieux réglée, rapidement exécutée, ce qui est capital dans les grands traumatismes abdominaux s'accompagnant si souvent de phénomènes de choc, on se donne les facilités techniques indispensables, c'est ce que peut fournir le décollement de la zone accolée mésogastrique, ainsi que la connaissance plus approfondie de l'irrigation et des conditions d'une hémostase correcte.

B. — Pancréatites chroniques et lithiasé pancréatique

Le diagnostic clinique de pancréatite chronique est toujours des plus difficiles. On redoute le plus souvent l'existence d'un cancer du pancréas. Pratiquement c'est le plus souvent un diagnostic post-opératoire.

Brocq et Miginiac la définissent anatomiquement seulement comme une altération scléreuse, péricanaliculaire, périlobulaire, ou périacineuse de la glande. Les causes en sont trop diverses pour entrer dans la définition. Souvent la pancréatite chronique s'accompagne d'une lithiasé de la tête et coexiste avec une lithiasé biliaire. Le traitement habituellement conseillé jusqu'ici est le drainage de la voie biliaire principale, car les voies biliaires préoccupent avant tout le chirurgien.

Cependant dans quelques cas particuliers, spécialement dans les lésions du corps et de la queue, une toute autre ligne de conduite a pu être adoptée. Nous rappellerons deux observations qui mettent en évidence ces tendances thérapeutiques différentes.

Obs. VI. — REYNÈS, de Marseille (dans le rapport de Villar).

Pancréatite scléreuse à syndrome d'obstruction pylorique. Résection du corps du pancréas. Guérison.

Femme de 35 ans présentant tous les symptômes d'une obstruction pylorique. Tumeur dure, mate, médiane, entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. Alimentation nulle, émaciation extrême. A eu 4 enfants qu'elle a tous nourris. Après avoir nourri son dernier né, elle a voulu faire cesser la sécrétion lactée et absorbe à deux jours d'intervalle deux tasses de *soufre* (?). Depuis elle a commencé à vomir. Actuellement rien ne passe. Yeux caves, teint anémié, la peau n'a plus de tonus. J'opère le 18 avril 1902, aidé par le Dr Pluyette, chirurgien chef des Hôpitaux. La laparotomie démontre que l'estomac et le pylore sont sains, souples, perméables ; rien ni au duodénum, ni au côlon, ni au foie, ni

à la rate. La tumeur ayant entraîné le syndrome d'obstruction pylorique est uniquement formée par la tête et le corps du pancréas, atteints d'un processus d'hypertrophie totale, scléreuse, sans adhérences, sans péripancréatite, sans suppuration aucune. En l'absence de toute autre lésion je pratique délibérément la résection de la tumeur pancréatico-scléreuse. J'enlève un morceau large de trois centimètres, long de huit et ne laisse que la tête à droite, l'extrémité du corps à gauche. La malade a parfaitement guéri, a vite repris son embonpoint et depuis se porte bien. Examen histologique : pancréatite scléreuse.

Obs. VII. — GÖTTE LINK. (dans *Annals of Surgery*),

Lithiase pancréatique. Pancréatostomie

Nous résumerons seulement ce qui a trait à l'intervention. Le diagnostic avait été tellement hésitant que l'on fait d'abord une lombotomie gauche. On peut alors palper la queue du pancréas qui donne une sensation de sable fin. Laparotomie paramédiane gauche sus ombilicale. On passe à travers le mésocôlon transverse comme pour une gastro-entérostomie postérieure. Le corps du pancréas est augmenté de volume et donne cette sensation de sable fin déjà perçue en arrière. On arrive à énucléer peu à peu le pancréas, et cela facilement jusqu'à la mésentérique supérieure : on ne poursuit pas plus loin cette libération. On incise alors le pancréas de bout en bout ; le canal de Wirsung est ouvert ; il est rempli de calculs que l'on enlève, sauf ceux de la tête cependant. Mise en place d'un drain dans le canal, par dessus suture soigneuse du parenchyme glandulaire sans suturer spécialement le canal. Fermeture de la partie la plus élevée de l'orifice fait au mésocôlon transverse, lequel est aussi suturé au pancréas. De plus on recouvre la suture glandulaire cachant le drain avec le grand épiploon, qui est replié sous le côlon parallèlement à son méso. Drainage par mèches placées entre le pancréas, ainsi fixé et extériorisé, et l'intestin grêle. Fermeture incomplète de la paroi en fixant la glande à l'aponévrose dans l'angle inférieur de la plaie. La sécrétion pancréatique est recueillie dans un petit sac en caoutchouc. Pendant les premiers jours on recueille envi-

ron 700 grammes ; au bout de deux semaines 500 grammes seulement ; 160 grammes à la fin de la troisième semaine. Cette malade a engraisé de 20 livres, a pu reprendre une vie active, elle monte à cheval ; les crises douloureuses ont disparu sans retour.

Ces résultats d'opérations où, certainement à l'insu des opérateurs, le décollement de la zone mésogastrique fut en partie utilisé et facilita l'intervention, inclinent à envisager avec moins de restrictions et de réserves les résections partielles pancréatiques, même étendues, du corps et de la queue dans les cas de pancréatite et de lithiasé, après la laparotomie exploratrice qui est le premier temps indispensable dans beaucoup de cas pour assurer le diagnostic et mesurer les possibilités thérapeutiques.

Cette conclusion va à l'encontre de celle du rapport de Brocq et Miginiac. Ces auteurs constatent que les observations de pancréatectomies partielles sont très rares. Ils reproduisent celle de Gobiet qui fit une excision cunéiforme du pancréas et un tamponnement. Le pancréas était gros comme une pomme et avait la dureté de la pierre. Ces auteurs adoptent alors l'opinion de Guleke pour qui « l'excision cunéiforme exécutée de différents côtés, ou la résection totale de la partie du pancréas chroniquement enflammée n'est pas à recommander ». « Il lui semble, ajoutent-ils, qu'il n'est pas nécessaire de sacrifier le tissu pancréatique et qu'il suffit d'en pratiquer le drainage ».

Rappelons que les auteurs précités sont très partisans du décollement du duodéno-pancréas. Aussi, selon nous, une meilleure utilisation du décollement à gauche, une connaissance plus exacte des nécessités de l'hémostase, doivent faciliter cette chirurgie qui, dans ces conditions, devient moins difficile et moins aléatoire.

C. — Tumeurs du pancréas

Qu'on nous permette de formuler une remarque préalable. La classification des tumeurs du pancréas se trouve compliquée et obscurcie par des usages fâcheux. On obscurcit la question par exemple en introduisant dans le cadre des tumeurs du pancréas des tumeurs de la région dépendant d'autres organes, ou encore en introduisant dans le cadre des tumeurs des lésions anatomiques qui ne sont à aucun titre des tumeurs.

Il a été jusqu'ici impossible de rompre avec ces usages et il faut bien s'y conformer si on veut être compris.

De plus les tumeurs liquides, les « kystes » y tiennent une place des plus importantes. Or ce terme de « kyste », emprunté aux anciennes nomenclatures anatomo-cliniques, est commode mais très large, très vague, très imprécis. Il groupe des faits disparates et crée des confusions qu'on pourrait éviter. En quoi un hématome enkysté de la région pancréatique, une collection séreuse enkystée d'origine péritonéale congénitale, des îlots kystiques d'une pancréatite chronique ou d'un cancer du pancréas, un kyste hydatique intra, ou juxta-pancréatique, etc., etc., peuvent-ils se ressembler, se rapprocher dans le même cadre ? Ils peuvent avoir de commun leur thérapeutique chirurgicale, par exemple les voies d'accès, et c'est à ce titre, spécialement pour l'utilisation du décollement mésogastrique que nous en parlerons. Le terme de « kyste » nous paraît donc vraiment très suranné et nettement indésirable ; nous avons aujourd'hui l'habitude de prendre pour base de classification des tumeurs d'un organe une nomenclature inspirée par l'histologie normale et pathologique.

a) Tumeurs liquides ou kystes.

1° KYSTES GLANDULAIRES VRAIS.

α) *Kystes congénitaux.*

Ce sont là des affections très rares et dont le caractère congénital est pour une large part hypothétique, de sorte que cette interprétation appelle les plus grandes réserves. Il est difficile de les distinguer d'une manière formelle des kystes non congénitaux. Peut-être même serait-il plus exact de les confondre en une seule catégorie et de ranger les kystes congénitaux dans cette catégorie de kystes pancréatiques qu'on appelle kystes par rétention.

Nous résumerons la très belle observation de Desplas et Philardeau.

Obs. VIII. — DESPLAS et PHILARDEAU (Rapport de M. Mathieu, *Soc. Chir.*, 1922).

Kyste canaliculaire de la tête du pancréas.

Femme de 58 ans qui a commencé à souffrir à 35 ans de la région péri-ombilicale et de l'hypochondre droit. Il existe alors des troubles digestifs marqués. Trois ans après apparition de la tumeur dont l'évolution va être particulièrement longue. A l'examen de la malade on trouve une tumeur dure, résistante, du volume d'une orange, située dans la région pancréatico-duodénale, un peu mobile. Après tous les examens cliniques d'usage actuel le diagnostic de kyste du pancréas paraît être le plus probable. Rachianesthésie, incision transversale, sous-ombilicale. On bascule le côlon transverse et son méso. La masse kystique en effet est située dans la tête du pancréas, dans sa portion sous-mésocolique, dans le cadre duodénal, à droite du mésentère. On peut isoler peu à peu cette masse kystique du tissu pancréatique ; mais elle est flanquée à droite du canal cholédoque et à gauche de la veine porte. Dissection attentive de ces organes. En haut la tumeur pousse son pôle supérieur jusque sous le

petit épiploon, en bas jusqu'à la racine du mésentère qu'elle tend à dédoubler. Après énucléation une mèche et un drain sont placés au contact du tissu pancréatique. Reconstitution du plan péritonéal de la région. Fermeture pariétale. Examen macroscopique. Tumeur grosse comme une orange, à aspect bosselé. Parois transparentes, légèrement bleutées. A l'intérieur cloisonnements à grandes alvéoles de formes et de dimensions variées. Liquide citrin. Examen histologique (Conclusions de M. le Pr Letulle). Il s'agit d'un kyste du pancréas, kyste canaliculaire, développé aux dépens du canal de Wirsung. On peut songer dans ce cas à une malformation congénitale de ce canal.

L'observation suivante, inédite, due à l'obligeance de M. Deniker est aussi des plus intéressantes. Il s'agit d'un kyste à parois propres, dont le liquide contenait une amylase. L'intervention fut conduite selon la technique préconisée ici, c'est-à-dire par décollement de la zone accolée mésogastrique.

Obs. IX. — M. DENIKER (inédite).

Kyste du pancréas Extirpation avec splénectomie par décollement de la zone accolée mésogastrique.

Madame Ch..., 40 ans. Aucun antécédent. N'accuse aucun trouble fonctionnel. Il n'existe qu'une simple sensation de gêne qui s'est établie progressivement. Sensation de pesanteur du fait du développement d'une grosse tumeur qui bombe dans l'hypochondre gauche. La paroi abdominale fait visiblement saillie, le thorax est déjeté et soulevé en avant. Au palper on perçoit une grosse tumeur ronde, du volume d'une tête d'adulte, rénitente, peu mobile. Cette tumeur est mate, elle n'est pas séparable de la matité splénique. On pense à un kyste hydatique de la rate. Le Weinberg est cependant négatif. Examen radiologique. (Dr. Chemin). 1^o Examen à jeun. On arrive à délimiter assez nettement le contour inférieur et latéral de la tumeur. Ce contour est régulier, ne présente pas de bosselures. Il se laisse assez facilement déprimer par la palpation qui le rend plus net.

Il descend au voisinage de la crête iliaque gauche. La partie latérale gauche paraît se mettre au contact de la paroi et en haut, vers l'hypochondre gauche, se confondre avec l'ombre splénique sans dissociation possible. La voûte diaphragmatique ne présente pas de déformation, elle n'est pas surélevée, tout au plus l'amplitude des mouvements respiratoires est-elle un peu moins accusée qu'à droite. Il n'y a pas d'adhérences notables du cul-de-sac pleural. Vers la droite il existe une bande un peu plus claire paraissant séparer la

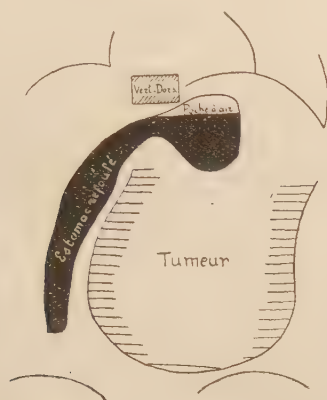


FIG. 40. — Orthodiagramme debout, on voit nettement la plage claire que la palpation profonde fait apparaître entre la tumeur et l'estomac. Obs. IX, M. Deniker

tumeur de l'ombre hépatique, et cette bande claire se dessine plus nettement par la palpation en essayant de dissocier les deux ombres. 2° Ingestion de liquide baryté. L'estomac se remplit sans difficultés ; il présente une poche à air très petite ; il est complètement repoussé vers la droite comme le montre l'orthodiagramme (fig. 40). En faisant faire à la malade « le ventre creux », l'estomac se mobilise assez facilement, de même qu'à la palpation il ne paraît pas être adhérent à la tumeur. L'évacuation pylorique se fait facilement et il n'y a pas de stase gastrique. De même le transit intestinal ne paraît pas être retardé. 24 heures après l'ingestion de la masse opaque on la voit dans la fin du côlon descendant, l'S iliaque et le rectum. Le côlon encadre assez exactement le contour de la tumeur, il est assez facilement mobilisable

et il ne paraît pas être adhérent. Insistons sur l'absence de troubles gastriques malgré le refoulement très marqué de l'estomac.

Intervention. Ether. Femme grasse. Incision oblique, longue, paracostale gauche. On arrive immédiatement sur un kyste qu'on ponctionne. Liquide brun clair, filant, gommeux. A droite la décortication sous-péritonéale se fait facilement et la libération de l'estomac est rapidement obtenue. On voit alors nettement que le kyste tient au pancréas.

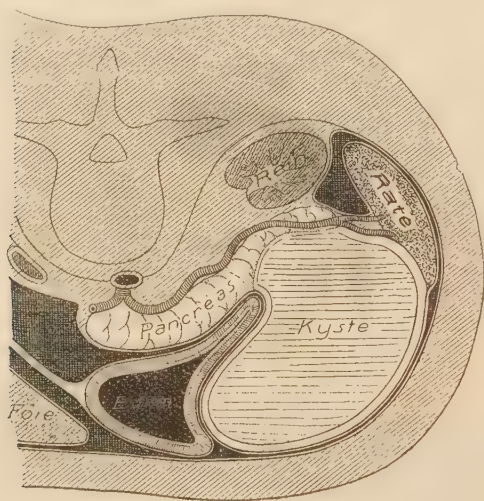


FIG. 41. — Coupe schématique. Obs. IX, M. DENIKER.

A gauche la rate est intimement collée à la paroi kystique, voir le schéma (fig. 41). Les vaisseaux spléniques sont également adhérents et très difficiles à séparer, ainsi que les vaisseaux courts qui se rompent au cours de cette manœuvre. Aussi décide-t-on le sacrifice de la rate dont on contourne facilement la face externe. La libération complète est ainsi très facilitée. Le kyste dégagé est pédiculé sur la queue du pancréas. Ligature des vaisseaux spléniques : la ligature est faite en masse, sur la queue du pancréas, au catgut. Section au thermocautère. Lavage à l'éther. Capitonage partiel ; drainage par tube et deux mèches. Fermeture

en un plan aux fils de bronze et aux crins. Le kyste avait dédoublé et effacé complètement les deux épiploons de la rate. Suites simples normales. Suintement assez abondant pendant 8 à 10 jours. Le drain est enlevé dès le 3^e jour : les mèches le 6^e. Réunion rapide. Sortie le 23^e jour.

Cette malade est revue deux mois après en parfaite santé.

Examen du liquide du kyste. Liquide épais, filant, de coloration jaune-brunâtre, présence d'albumine, pas de pseudo-mucine. Recherche du sang négative. Pas de produits de transformation de l'hémoglobine (absence de fer). Le liquide qui ne réduit pas la liqueur de Fehling a été mis en présence d'empois d'amidon et porté à l'étuve. L'amidon a été transformé en sucre réducteur. En résumé liquide kystique ne contenant pas de sang, ni de produits de décomposition de l'hémoglobine, mais contenant une amylase. L'examen histologique, par suite de fausses manœuvres, n'a pu être pratiqué ; mais il s'agissait d'un vrai kyste avec parois nettement isolables. On peut le rapprocher du cas précédent, dans une certaine mesure, faute de renseignements histologiques mais en raison de la présence de l'amylase

Obs. X. — BARALDI (in *Santa Fe Medica*).

Cette observation nous paraît intéressante du fait de la torsion spontanée de la queue du pancréas. Nous n'en donnons que le compte rendu opératoire. A travers le ligament gastrocolique on atteint une tumeur légèrement adhérente à l'estomac et au mésocôlon transverse. Ces adhérences sont facilement rompues. La tumeur de nature kystique s'applique sur la face postérieure de la queue du pancréas. celle-ci est tordue sur elle-même de 180° de telle sorte que la face postérieure regarde directement en avant. Le kyste présente une large base d'implantation. Enucléation assez facile. Dans les suites opératoires rétention abondante de produits de sécrétion pancréatique, teinte bronzée des téguments, état général sérieux. Tout cède cependant à l'ouverture secondaire et à l'évacuation.

β) *Kystes non congénitaux.*

On reconnaît plusieurs catégories de ces kystes.

Nous devons rappeler qu'on a décrit des kystes de nature diverse : des kystes par rétention qui paraissent se confondre avec les kystes congénitaux dont nous venons de parler ; des kystes sanguins qui sont sans doute le résultat ou d'hématomes traumatiques, ou de foyer de pancréatite, ou encore des îlots dégénérés dans des tumeurs ; des kystes nécrotiques qui se rapprochent de ceux de la précédente catégorie.

Mais ce ne sont pas là les vrais kystes du pancréas ; ce que l'on entend en fait par kystes du pancréas ce sont de grands kystes séreux occupant soit la tête soit le corps et la queue de l'organe et dont nous allons rappeler les caractères.

Ils ont une paroi propre. Extérieurement elle est lisse, blanchâtre, d'apparence fibreuse, le plus souvent sillonnée par de gros vaisseaux. Intérieurement cette paroi est plus tourmentée, plus irrégulière, présentant parfois des saillies polypoïdes, des végétations papillaires molles.

Histologiquement la paroi est constituée par du tissu fibreux, pauvre en éléments cellulaires, tapissé d'une rangée de cellules cylindriques ou un peu aplaties, mais dont l'origine canaliculaire pancréatique semble être apparente. Parfois toute trace de revêtement interne manque ; d'autres fois on trouve au contraire une couche de tissu pancréatique aplati et sclérosé.

Ils sont uni ou multiloculaires, variant du volume d'une noix à celui d'une tête d'adulte et même plus.

Ordinairement sessiles, quand on les extériorise ils peuvent se créer un véritable pédicule par étirement de leur base.

Leur contenu est sanglant, rosé, rouge, chocolat ou noir lorsqu'il y a eu hémorragie intra-kystique secondaire, le plus souvent il est séreux, plus rarement séro-gélatineux ou gélatineux.

L'analyse chimique y révèle la présence de para-albumines non précipitables par la chaleur, mais précipitées par le sulfate d'ammoniaque. On y trouve encore de l'urée, des chlorures. Enfin on y décèle assez souvent des ferments pancréatiques non activés ; il n'y a pas en effet de cysto-stéato-nécrose, ce qui explique que lors d'une fistulisation secondaire il n'y aura pas forcément digestion de la paroi.

Ce sont là les caractères de ces tumeurs tels du moins que les donnent les traités classiques et les principales publications.

Quelle est l'origine de ces kystes ?

Rappelons pour mémoire les explications aujourd'hui abandonnées de la rétention seule ou associée à une lésion inflammatoire chronique.

Il faut retenir uniquement l'explication exposée par le ^Pr Hartmann, celle de la néoplasie épithéliale. Il s'agit d'adénomes kystiques, de cysto-épithéliomes, d'épithéliomes kystiques du pancréas. Ils ne sont d'ailleurs pas toujours très malins comme le montre leur évolution.

Le traitement par exérèse, par résection pancréatique s'impose de plus en plus à l'opinion chirurgicale.

Lecène signalant que Körte put enlever deux fois par résection cunéiforme du pancréas des tumeurs kystiques marsupialisées auparavant par d'autres opérateurs, remarque que cette marsupialisation est peu satisfaisante, laisse souvent une fistule que les bourgeons néoplasiques envahissent. Aussi conclut-il que l'on devrait toujours essayer d'enlever ces tumeurs kystiques néoplasiques du pancréas et de faire la pancréatectomie. On ne peut que

souscrire cette formule, et pour celles qui se font dans le corps ou la queue du pancréas utiliser le décollement de la zone accolée mésogastrique : il s'agit dans ces cas non pas seulement du décollement d'un kyste mais d'une pancréatectomie partielle. Nous verrons plus loin la technique de ces pancréatectomies partielles du corps et de la queue.

γ) *Kystes parasites*.

Il s'agit dans ces cas de kystes hydatiques.

Déjà rares d'une façon générale, il semble de plus qu'ils ne se développent pour ainsi dire pas dans le corps ou la queue du pancréas. Ils sont d'une telle rareté qu'il faut seulement les signaler.

Tout ce qui a été dit, ou sera dit, au sujet des voies d'abord des autres tumeurs kystiques s'appliquerait à eux.

2° PSEUDO-KYSTES DU PANCRÉAS OU KYSTES PARAPANCRÉATIQUES.

Il y a dans cette catégorie non seulement des pseudo-kystes du pancréas mais aussi des kystes pseudo-pancréatiques ; nous ne compliquerons pas cette question déjà très obscure par d'inutiles subtilités de nomenclature.

Il s'agit d'une catégorie de faits anatomo-cliniques rares et, disons-le, mal classés, dont la pathogénie peut-être complexe reste encore, en effet, des plus obscures. Le seul point commun permettant de grouper ces faits dans ce chapitre et de les retenir dans notre exposé est qu'il s'agit d'affections qui sont opérables suivant les mêmes techniques et qu'on peut aborder par décollement péritonéal dans la zone mésogastrique accolée ; c'est le

point seul qui importe, du moins pour la démonstration que nous nous proposons de faire.

α) *Kystes dermoïdes.*

Voici l'observation d'un volumineux kyste dermoïde rétro- et sus-pancréatique, abordé par décollement.

Obs. XI. — M. Pierre DESCOMPS (*inédite*).

T... Marcel, 48 ans. La Charité ; salle Trélat.

Intervention le 24 décembre 1925. Incision médiane sus-ombilicale. Tumeur indépendante du foie et de l'estomac. La masse, du volume d'une très grosse tête d'adulte, soulève le petit épiploon qui est tendu sur elle, l'estomac et le foie.

Après ouverture du petit épiploon on voit que l'arrière-cavité est libre et que la tumeur soulève aussi le pancréas au niveau du corps et plus à droite l'anse duodénale et la tête pancréatique. La tumeur forme une masse enkystée, à parois dure, avec des zones plus épaisses et plus indurées de consistance ostéo-cartilagineuse et même des parties saillantes comparables à des épines mamelonnées, de volume divers, certaines, grosses comme le pouce. On essaie d'aborder la tumeur de haut en bas, puis par la droite derrière le duodéno-pancréas ; elle est inaccessible par cette voie et on se reporte alors vers la gauche. Décollement colo-épiploïque poussé très loin, séparant l'épiploon du mésocolon transverse qui est long, comme repoussé par la masse énorme de la tumeur ; on décolle ainsi vers la gauche, de bas en haut, toute la poche mésogastrique et on arrive sur la rate et le corps du pancréas. La rate est soulevée de bas en haut, elle est complètement adhérente sur toute sa convexité et grosse. On décolle le corps du pancréas et on soulève la queue du pancréas qui est aussi adhérente. La veine petite mésentérique et les vaisseaux spléniques énormes, distendus sont soulevés avec la rate et le pancréas. On décolle aussi facilement la tumeur dans toute son étendue sur sa face antérieure ; tandis que sa face postérieure adhérente à la paroi, se décolle non moins facilement, on reconnaît le rein, et

son pédicule, la surrénale. On arrive par ce décollement en clivage très facile, combinant le clivage de la paroi postérieure de la poche mésogastrique jusqu'à la ligne médiane, jusqu'à l'aorte et ses collatérales de la région cœliaque. La tumeur est à ce moment complètement isolée. Elle paraît avoir un pédicule profond qui est lié sur la ligne médiane. Extirpation de la tumeur qui a les apparences d'un kyste dermoïde : parois épaisses, cartilagineuses, matière sébacée, poils, fragments osseux, dents, etc. . Ce que confirme l'examen histologique ultérieur de plusieurs fragments. Tamponnement sous-hépatique avec des mèches de gaze. Fermeture de la paroi en un plan, fils métalliques.

Voici une seconde observation visant un kyste dermoïde rétro et sous-pancréatique.

Obs. XII. — M. LAUNAY (rapport de M. Potherat, *Soc. Chir.*, 1903).

Kyste dermoïde du mésocôlon transverse (observation résumée).

Homme de 36 ans Il a d'abord présenté des douleurs intermittentes dans le côté gauche de l'abdomen. Puis apparaît une tumeur qui aurait été d'abord très mobile, et qui grossit en deux mois environ. C'est une tumeur sous-ombilicale, à droite de la ligne médiane qu'elle dépasse un peu à gauche, peu mobile. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; il y a une lame épiploïque adhérent à la tumeur et à la paroi ; cette lame dilacérée laisse voir une paroi blanche et lisse, la veine ombilicale parcourt sa surface. On ne peut rien retirer à la ponction. Incision, issue de matière sébacée. On se met alors en devoir d'extirper la tumeur après s'être donné du jour par une incision transversale du muscle droit. On libère le côlon transverse en bas dont les vaisseaux mésentériques sont mis à nu ; puis la vésicule biliaire adhérente sur tout son bord gauche jusque sous le foie, le lobe carré du foie qui se décolle facilement ; libération de quelques adhérences vasculaires avec la tête du pancréas, la tumeur tient encore en haut et à gauche au foie puis à l'es-

tomac, enfin elle est totalement libérée. Hémostase. Un drain et une mèche. Fermeture de la paroi.

On peut, certes, trouver des kystes dermoïdes dans toutes les régions ; mais l'existence des kystes dermoïdes de l'étage sus-mésocolique de l'abdomen — tant à droite qu'à gauche de la ligne médiane — est particulièrement rare. On peut les expliquer, peut-être, à ce niveau par la persistance de reliquats wolffiens latérovértébraux, le canal de Wolff étant non pas d'origine mésodermique, comme le voulait la théorie classique depuis les travaux de Semper, mais d'origine ectodermique comme l'ont bien démontré Béard et Mitsukuri.

§) *Kystes séreux.*

Ils peuvent occuper l'arrière-cavité des épiploons, remonter sous le diaphragme, atteindre la région lombaire, ou se développer de haut en bas vers le bassin. Leurs dimensions sont très variables.

Leur paroi n'est pas homogène. Il n'y a pas de paroi propre isolable. Ce sont donc des pseudo-kystes. Un tissu dense d'adhérence et les organes voisins eux-mêmes contribuent à former cette paroi ; épiploon, estomac, intestin, vaisseaux y prennent part. L'organisation en est d'autant plus avancée, le feutrage adhérent d'autant plus dense que le cas est plus ancien.

La quantité de liquide est très variable, de 250 gr. (Graff) à 3 litres (Auvray), 4 litres (Descomps) et même 7 litres (Sheele).

À la Société de Chirurgie (2 juin 1920) à propos d'une discussion sur les pseudo-kystes du pancréas Lecène insistait sur l'obscurité qui règne dans la pathogénie de ces kystes à liquide clair, séreux, citrin, comme le liquide des hydrocèles de la vaginale. Cette pathogénie

est d'ailleurs complexe et ces kystes ne relèvent pas d'un mécanisme unique.

L'examen histologique de la paroi peut permettre quelquefois de se faire une opinion sur l'origine du kyste ; mais il s'agit souvent d'une paroi conjonctive banale, ou d'un endothélium banal, qui interdit toute conclusion ferme, car ils n'apportent pas d'éléments de différenciation typique.

L'analyse chimique complète du liquide aurait dans certains cas plus d'importance ; le plus souvent elle n'a pas été faite. De plus si quelquefois on peut espérer mettre en évidence par exemple certains éléments de la sécrétion pancréatique, il n'en est pas toujours ainsi et cet examen peut rester complètement négatif (Auvray, 1910), ce qui n'exclut pas d'ailleurs complètement l'hypothèse d'une origine pancréatique de la collection.

I. — D'abord il faut remarquer que certains de ces kystes pourraient être vraiment d'origine pancréatique, être rattachés à la glande par un mince pédicule, plus ou moins facile à repérer, ou en avoir été secondairement séparés par suppression complète de ce pédicule. Ils se confondraient alors avec ceux de la catégorie déjà signalée, celle des cysto-épithéliomes du pancréas.

II. — Lecène admettait pour certains de ces kystes la possibilité de rupture de vaisseaux lymphatiques et la formation consécutive d'un épanchement séreux. De tels épanchements sont possibles, mais il semble bien qu'ils ne peuvent être que très rares, sauf le cas exceptionnel et à caractères spéciaux d'une plaie des gros troncs lymphatiques ou de la citerne, et qu'ils ne sauraient expliquer la majorité des cas observés si on ne les rattache à un traumatisme.

III. — Faut-il penser, ce qui est plus facile à comprendre, à des épanchements traumatiques hématiques

devenus secondairement séro-hématiques, puis séreux. C'est possible. Mais même en cas de traumatisme avéré il serait certainement excessif de parler de façon courante, pour expliquer ces hématomes secondairement transformés en kystes séreux, de ruptures du pancréas. Quand le liquide est séro-hématique on peut au contraire, et semble-t-il avec plus de raison, penser à des hémorragies intra-kystiques secondaires, ou encore à des foyers évolués de pancréatite hémorragique adjacents au pancréas.

Si on laisse de côté l'hémorragie secondaire intra-kystique, que l'on peut dire banale, deux catégories de ces kystes sont à retenir ; les kystes consécutifs à un traumatisme ; les kystes consécutifs à une pancréatite hémorragique. L'histoire clinique peut dans une certaine mesure fournir des moyens de diagnostic.

Pour les kystes consécutifs à un traumatisme celui-ci n'est pas forcément très violent. Souvent cependant il s'agissait d'un coup de pied de cheval, d'un coup de timon de voiture, d'une contusion par volant d'automobile dans un arrêt brusque.

Il y a formation progressive d'une tumeur s'accompagnant de douleurs, de troubles dyspeptiques, de tendance à la cachexie. Il se produit en effet dans ces cas, en dehors de l'hématome initial, des lésions partielles, limitées et isolées du parenchyme pancréatique, des lésions des vaisseaux sanguins, des lésions des canalicules glandulaires.

Pour les kystes consécutifs à une pancréatite chronique hémorragique, celle-ci se caractérise par une crise initiale parfois très intense, très brutale, dramatique, mais s'amendant rapidement. On pense parfois à une colique hépatique ou néphrétique. C'est une hémorragie d'origine cortico-pancréatique dont le mécanisme est

actuellement imparfaitement élucidé. Souvent il s'agit d'une femme chez laquelle existe une lithiase biliaire connue ou latente, on en reste à ce diagnostic provisoire jusqu'à ce qu'on retrouve le tableau à évolution progressive précédent, jusqu'au moment où apparaît une tumeur.

Il faut bien remarquer cette évolution qui se fait en deux temps, avec un intervalle libre entre la phase de crise douloureuse, début des accidents, et la phase de tumeur.

IV. — L'hypothèse la plus simple, dans beaucoup de cas, la plus plausible, est celle de collections congénitales, d'origine péritonéale, comme on en rencontre dans d'autres régions. Dans la même séance de la Société de Chirurgie, Pierre Descomps rappelait que plusieurs fois au cours de vérifications anatomiques d'amphithéâtre il avait pu constater l'existence de kystes séreux de l'arrière-cavité préduodéno-pancréatiques, et de kystes séreux des cavités péritonéo-embryonnaires donc rétro-duodéno-pancréatiques, résultant d'une absence d'accolement partiel suivi d'épanchement secondaire du mésogastre et du mésocôlon transverse. Il s'agirait d'une pathogénie et d'un mécanisme comparable à ceux qui régissent les hydrocèles enkystées du cordon spermatique.

« De tels kystes par inclusion partielle du péritoine embryonnaire ont été constatés au niveau de tous les fascias d'accolement. Je me demande si dans la région duodéno-pancréatique certains kystes pseudo-pancréatiques ne pourraient pas ressortir à ce mécanisme, soit qu'il s'agisse, comme dans les cas que j'ai observés, d'une absence d'accolement entre le mésogastre et le mésocôlon transverse, soit qu'il s'agisse d'une absence d'accolement entre le mésoduodénum et le péritoine pa-

riétal droit; cas probablement plus rares mais encore anatomiquement possibles » (Pierre Descomps).

M. Cunéo, M. Quénu, M. Hartmann ont donné cette même explication de ces kystes, comme nous l'avons déjà signalé. Ce sont des collections liquides de la région pancréatique, que l'on peut confondre avec des collections glandulaires vraies et qui en réalité siègent entre les feuillets séreux des zones péritonéales accolées comme le démontre leur mince revêtement endothélial. Ce sont souvent de petits épanchements enkystés isolés, limités, siégeant dans des segments où l'accolement au cours de l'évolution péritonéale ne s'est pas produit, ou bien, mais c'est moins probable, a secondairement disparu. La collection peut être plus volumineuse et dépasser les limites de l'accolement.

On peut trouver de telles collections enkystées dans toutes les zones péritonéales accolées. Elles sont comparables aux kystes congénitaux du cordon spermatique d'origine péritonéo-vaginale, ce sont, comme on l'a dit, des sortes de péritonites séreuses enkystées avec épanchement, en général citrin, clair ou légèrement louche.

Toutes les zones accolées de la région qui nous occupe peuvent être le siège de tels kystes ; mais en particulier la grande zone accolée mésogastrique.

L'observation suivante, empruntée au P^r Hartmann, est un bel exemple de kyste séreux inclus dans le mésocôlon transverse et simulant un kyste du pancréas.

Obs. XIII. — M. HARTMANN (*Soc. Chir.*, 1903. *Résumée*).

Femme de 36 ans. Début brusque par des douleurs épigastriques et des vomissements. Température à 38°, puis peu à peu tout s'amende. Apparition d'une tumeur dans la partie supérieure droite du ventre. Incision de Kehr. Tumeur

arrondie, fluctuante, recouverte par le grand épiploon, située au-dessous de la partie droite de la grande courbure de l'estomac et de la première portion du duodénum, au dessus du colon transverse. A la ponction on retire un litre de liquide (dont la nature n'est pas précisée). On fixe en colle-rette le péritoine postérieur à l'antérieur. Incision du kyste. Parois épaisses de un centimètre. Quelques catguts fixent les bords de l'incision à la paroi musculo-aponévrotique de l'abdomen. Un gros drain. Fermeture. Examen d'un fragment de la paroi (Lecène). Tissu conjonctif dense, peu vasculaire, infiltré en certains points de petites cellules rondes ; à l'intérieur du kyste la paroi était tapissée par un endothélium très aplati, en couche continue rappelant absolument celui qui tapisse les vaisseaux lymphatiques. En somme les caractères histologiques sont ceux d'un kyste d'origine ou lymphatique ou péritonéale. Dans les suites opératoires on note qu'on trouva au dixième jour dans le pansement une sorte de fausse-membrane composée de fibrine, de leucocytes polynucléaires et de placard d'endothélium desquamé, endothélium formé de cellules polygonales se touchant les unes les autres et tout à fait comparable à l'endothélium péritonéal. Et M. Hartmann concluait : kyste d'origine lymphatique ou lié à un accollement incomplet des mésos.

A cette observation nous ajouterons une observation analogue, inédite, de M. Pierre Descomps, et qui appelle les mêmes remarques quant à l'interprétation de la nature et de la localisation de la poche kystique.

Obs. XIV — M. Pierre DESCOMPS (*inédite*).

Kyste rétro-pancréatique, présentant une paroi propre et à contenu hématique.

S... Marie, 44 ans. Maison Dubois. Intervention le 11 octobre 1920. Laparotomie centrale médiale. A la face inférieure de la racine du mésocolon transverse, sur la ligne médiane, puis vers la gauche, sous le corps du pancréas, on trouve une masse du volume d'une tête d'adulte, constituée par un kyste uniloculaire (liquide sirupeux, couleur chocolat très foncé,

témoignant d'accidents hémorragiques relativement récents), contenant environ trois litres, qui est évacué par aspiration après décollement péritonéal au ras de la racine du mésocôlon. Isolement de la poche kystique derrière le corps du pancréas. Le kyste se décolle facilement, a des parois propres très minces, sillonnées de veines volumineuses de dispositions très atypiques. Quelques végétations banales intra kystiques. L'examen histologique ultérieur a montré qu'il s'agissait d'une paroi conjonctive banale. On peut se demander s'il s'agissait d'un kyste pancréatique ou d'une collection péritonéale enkystée dans l'accolement de la poche mésogastrique au péritoine pariétal. Il n'y a pas de trace d'un rattachement de la tumeur au pancréas et on pense à un kyste d'origine péritonéale. Le kyste s'isole nettement des vaisseaux et du rein en arrière, moins nettement du pancréas, des vaisseaux spléniques et de la veine petite mésentérique en avant, en arrière de l'accolement de la poche mésogastrique. Ligatures ; capitonnage. Fermeture de la brèche péritonéale. Fermeture de la paroi en un plan sans drainage.

Ces kystes peuvent être aussi le siège d'hémorragies intra-kystiques secondaires. N'est-ce pas ainsi qu'on pourrait interpréter l'observation suivante de M. Potherat.

Obs. XV. — M. POTHERAT (*Soc. Chir.*, 1903).

Kyste congénital hématique de la paroi postéro-latérale de l'abdomen.

Femme de 44 ans qui a constaté une augmentation de volume progressive du ventre. Puis apparaît une tuméfaction de l'hypochondre gauche. Il existe des douleurs locales spontanées. Diagnostic kyste hydatique. Laparotomie latérale faite sur la partie la plus saillante de la tumeur. Le grand épiploon est étalé sur le kyste et lui est adhérent. On y fait une brèche puis on ponctionne la poche ; liquide noirâtre, épais, très visqueux, rappelant celui de certains kystes mucoïdes de l'ovaire. On en retire plus de trois litres. On

recherche les organes de voisinage, on ne voit ni rein, ni rate, ni foie, seul l'estomac apparaît situé en haut et en dedans. Avançant de proche en proche on décolle lentement les liens cellulo-vasculaires et on arrive dans la profondeur de l'abdomen sur la paroi postéro-latérale. Ligatures de quelques gros vaisseaux surtout veineux. La poche vient enfin en totalité. Hémostase. Deux drains. Fermeture. L'examen histologique de la paroi annoncé par l'auteur n'a pas été donné.

Voici comment Lecène envisage et expose le traitement de ces pseudo-kystes pancréatiques, quand il s'agit vraiment de pseudo-kystes, sans paroi propre isolable :

1° Evacuer et drainer la tumeur reconnue, après laparotomie exploratrice, pour un pseudo-kyste ;

2° Vérifier l'état des voies biliaires et faire le cas échéant toute intervention complémentaire nécessaire sur le pancréas et les autres organes.

C'est évidemment la tactique chirurgicale qui s'impose. Les statistiques sont du reste en faveur de ce genre d'intervention, dont la laparotomie exploratrice reste, qu'on le remarque, la base essentielle. Ceci s'applique aux cas dans lesquels la poche kystique ne peut être extirpée. Il ne s'agit pas en effet d'extirper le pseudo-kyste puisqu'il n'y a pas de plan de clivage et qu'il ne pourrait enlever que des parties fibreuses organisées de la paroi. Il faut surtout bien se garder de chercher à extirper le fond, de fouiller vers le pancréas et les gros vaisseaux. On a le choix entre la marsupialisation simple ou le drainage par drains et mèches qui est en général préférable, ou la combinaison des deux méthodes.

Certains auteurs ont discuté sur la meilleure voie d'abord quand en particulier il existait une tumeur franchement latéralisée vers la gauche.

Reynes Morley (cité par Bonneau) après une incision qui passe par la gaine du grand droit gauche est tellement gêné par l'estomac qu'il pratique une incision lombaire gauche. Il peut alors vider deux litres de liquide clair, contenant de la trypsine et de l'amylopsine.

Rhigetti (cité par Bonneau) fut également amené à pratiquer la lombotomie.

Et Bonneau conclut : « à la voie lombaire trop aveugle il me paraît logique de toujours préférer la voie antérieure ou antéro-latérale qui permet de récliner sous la vue les viscères. » On n'aperçoit pas bien en effet la voie lombaire d'emblée autrement que comme un tâtonnement que rien ne justifie et la voie complémentaire que comme une manœuvre d'une bien inutile complication. Mais cet auteur s'arrête là et ne précise pas la méthode qu'il semble préconiser.

La voie d'abord ne paraît pas discutable, c'est la voie antérieure médiane ; la laparotomie exploratrice reste, en effet, dans tous les cas le premier temps indispensable de ces interventions, pour fixer la topographie de la tumeur, ses connexions, ménager les viscères voisins et les vaisseaux.

Mais à côté de ces cas où le kyste, ou plutôt le pseudo-kyste, est inextirpable parce qu'il n'y a pas de poche kystique, il y a des cas où il s'agit d'un kyste parapancréatique ayant une poche disséquable, isolable, qu'on peut cliver, enlever en totalité. C'est ce que l'on voit au moment de la laparotomie exploratrice.

Il est évident que dans ces cas mieux vaut enlever la poche kystique et fermer avec ou sans tamponnement et drainage. Le décollement de la zone mésogastrique accolée peut être d'un grand secours, car le kyste peut être développé à l'intérieur même de ces zones accolées,

et quand elle a une autre origine la tumeur kystique, en se développant, a souvent utilisé ces clivages et c'est à la faveur de ces clivages qu'on la décollera facilement et que son exérèse sera à la fois facile, rapide et sûre.

b) Tumeurs solides

Les tumeurs solides du pancréas sont quelquefois des tumeurs bénignes, des adénomes, des fibromes ; les plus fréquemment observées en raison de leur évolution, de leur volume, de leur retentissement sur l'état général, et au demeurant de leur pronostic, sont des tumeurs malignes, sarcomes ou épithéliomes.

Cancer du pancréas

Le cancer épithélial est, de beaucoup, le plus fréquent ; il a fait l'objet de nombreux travaux. Nous nous proposons d'indiquer à propos de son traitement ce que l'on peut attendre des manœuvres techniques qui font l'objet du présent travail.

C'est habituellement une tumeur irrégulière, dure, bosselée, du corps de la glande, à la jonction du corps et de la tête, au niveau même de leur plicature. Elle se présente sous l'aspect de noyaux multiples, la glande étant comme farcie de nodules gros comme des petits pois. Cette tumeur fait saillie à la face antérieure du pancréas, se développe en pleine zone cœliaque, et peut se montrer au dessus de la petite courbure de l'estomac, repoussant en avant le petit épiploon.

Le cancer tend peu à peu à englober les vaisseaux spléniques, à refouler l'aorte, sans cependant se fixer solidement au plan abdominal postérieur ; on ne saurait trop insister sur l'intérêt de ce caractère anatomique au point de vue du traitement.

L'évolution peut se faire soit du côté de la queue, soit

ce qui est assez fréquent du côté de la tête. Le cancer secondairement céphalique prend alors les caractères anatomo-cliniques bien connus de cette forme.

Du point de vue clinique nous rappellerons seulement les douleurs si intenses sur lesquelles insista M. Chauffard, l'asthénie et la cachexie progressive, enfin l'apparition possible d'ascite et parfois d'une tumeur perceptible à la palpation.

Le diagnostic est particulièrement difficile à établir cliniquement avec la pancréatite chronique du corps ; comme nous en avons fait la remarque à propos de cette dernière.

Un malade présentant un syndrome pancréatique est, en somme, justiciable d'une laparotomie exploratrice, d'une laparotomie diagnostique ; il faut en venir à la laparotomie exploratrice, qu'on le veuille ou non. C'est en effet le seul moyen de faire un diagnostic précis, et même si on ne peut effectuer une intervention efficace on aura très souvent l'avantage de voir par une intervention palliative les douleurs soulagées.

Si l'on est en présence d'une tumeur ayant envahi plus ou moins la tête pancréatique et comprimant le cholédoque on se contentera, selon l'usage, constant, d'une anastomose cholécysto-intestinale.

Mais s'il s'agit d'une tumeur encore bien localisée et siégeant au niveau du corps pancréatique, donc respectant la tête pancréatique et ne comprimant pas les voies biliaires, on peut certainement faire mieux.

Et ici apparaît bien la différence capitale qu'il faut établir entre d'une part la chirurgie de la tête et d'autre part celle du corps et de la queue du pancréas.

Leriche cite cette phrase de M. Chauffard : « La pancréatectomie céphalique récemment étudiée et préconisée me paraît chose difficile et d'une hardiesse bien

risquée ; mais enlever un noyau néoplasique par résection médiane du pancréas ne me semble pas chose impossible, si on opère de bonne heure, dès que les premières crises douloureuses ont éveillé la pensée d'une lésion possible. Peut-être est-ce beaucoup demander à la chirurgie, mais ses progrès incessants, ses admirables succès, dont, nous médecins, sommes chaque jour les témoins reconnaissants, ne nous permettent-ils pas toutes les espérances » ?

Leriche ajoutait : « enthousiasme peut-être prématuré » ; et pourtant au moment où il écrivait (1910) il connaissait et signalait des cas de pancréatectomies partielles suivies de succès. Il semble que les déboires qu'ont donné les essais de chirurgie de la tête pancréatique, en raison de son accès plus difficile, de son hypervascularisation, de ses connexions avec deux énormes confluent veineux superposés en arrière d'elle, en raison surtout de la présence du cholédoque et du canal de Wirsung — encore pourrait-on reprendre aujourd'hui avec avantage cette question — aient eu un fâcheux retentissement sur toute la chirurgie pancréatique d'exérèse. Si notre hypothèse est exacte, disons nettement qu'il serait très regrettable de persister à établir une comparaison entre ces deux chirurgies et de renoncer aux avantages que pourraient apporter une chirurgie d'exérèse moins hésitante portant sur le corps et la queue de la glande. L'espérance formulée par M. Chauffard paraît devoir se justifier, du moins pouvoir se justifier.

Le fond de la question est celui-ci : améliorations des conditions techniques de la pancréatectomie partielle du corps. Nous sommes ici-même au cœur de notre exposé, les considérations que nous présentons répondant précisément à ce but et visant à y apporter une contribution.

Les nouvelles voies d'abord de la splénique et du pancréas préconisées ici nous semblent devoir faciliter ces interventions et en diminuer les aléas.

D'abord en s'attaquant non pas à la portion droite du pancréas, c'est-à-dire à la tête de l'organe, qui évolue avec le mésoduodénum, mais à la portion gauche, c'est-à-dire au corps et à la queue, qui évoluent avec le mésogastre, on pourrait peut-être mettre utilement au point plusieurs questions préalables générales visant la chirurgie pancréatique, par exemple la façon de se comporter envers les moignons pancréatiques.

Enfin de nombreuses affections du pancréas, on vient de le voir, sont justiciables d'un traitement chirurgical, qui parfois peut comporter une pancréatectomie ; celle-ci pouvant être plus ou moins étendue suivant les cas. Cette question déborde donc le cadre des tumeurs malignes et même le cadre des tumeurs pancréatiques.

Le nombre de ces interventions est encore très restreint ; cependant malgré la gravité presque toujours très grande des affections pour lesquelles on est intervenu, ce qui gouverne comme toujours pour une très large part le pronostic, le pronostic opératoire immédiat de ces exérèses paraît être des plus favorables.

La première pancréatectomie partielle a été pratiquée par Trendelenburg en 1882 pour un sarcome de la queue du pancréas. Villar, dans son rapport, cite un total de 15 cas de pancréatectomies avec 7 guérisons. Finney en 1910 relève 16 cas.

Il existe une observation de Mayo que nous allons rapporter car elle a au point de vue technique qui nous occupe une importance considérable. Il semble bien que le chirurgien a essayé le décollement de la zone mésogastrique, qu'il est allé en tâtonnant chercher l'espace décollable, le plan de clivage là où il se trouve ; mais au

total qu'il n'a pas tiré tout le parti possible du décollement intégral, complet, que nous préconisons. Il a fait une opération pénible, longue, il a dû laisser des pinces à demeure. On peut penser que s'il avait fait une splénectomie d'abord, puis utilisé l'espace décollable rétro-pancréatique d'une tumeur que l'on sentait ne pas adhérer à la paroi postérieure, il aurait lié facilement les vaisseaux et aurait fait rapidement une opération à peu près exsangue. Voici cette observation :

Obs. XVI. — MAYO (*in Annals of Surgery*),

Résection de la moitié du pancréas pour tumeur.

J... L. Femme de 37 ans opérée le 12 juin 1912. Souffre depuis trois mois de crises douloureuses abdominales localisées à gauche et dans la région lombaire. Parfois si pénibles qu'elles nécessitent l'emploi de la morphine. D'ailleurs il n'y a jamais de périodes d'indolence complète. Région pancréatique particulièrement sensible. Amaigrissement de 9 kilos environ. On porte le diagnostic de lithiase vésiculaire avec réaction pancréatique. On fait une première incision exploratrice à droite à travers le muscle droit. Pas de calculs dans la vésicule ; mais il existe une tumeur dure, irrégulière, de la taille d'un œuf au milieu du corps du pancréas. Nouvelle incision, symétrique de la première, à gauche. On décolle le ligament gastro-colique ; on attire le côlon en bas, l'estomac en haut. On met en évidence autant que faire se peut pancréas et tumeur. Il paraît mieux de commencer du côté de la queue et d'enlever la partie gauche du pancréas avec la tumeur. L'opération est pénible, la totalité du pancréas étant profonde et fixée. La blessure d'une des veines profondes est cause d'une hémorragie abondante, difficile à juguler sans lésion des vaisseaux spléniques. Enfin queue et corps du pancréas avec la tumeur, soit en tout un bloc de près de 9 centimètres de longueur sont libérés. On place alors un fort clamp en travers du corps de la glande, à 2 centimètres plus à droite que la tumeur. On extirpe ce qui a été dégagé. Préventivement on avait placé quatre clamps sur les vaisseaux de la portion profonde de la plaie.

Une tentative de ligature sur l'une de ces pincés, à l'aide d'une aiguille enfilée d'un catgut, n'aboutit qu'à faire saigner un nouveau point, d'où nécessité de mise en place d'une nouvelle pince. Les anneaux de toutes ces pincés « à demeure » et ceux du clamp mis préventivement sur le corps du pancréas sont amenés au dehors ; la région d'où le pancréas a été enlevé est bourrée largement de gaze. Au quatrième jour on ouvre les clamps ; on les enlève le cinquième ; la gaze est retirée le dixième. Guérison. Reprise rapide du poids. La tumeur, qui avait extérieurement un aspect malin, apparut à la coupe un kyste bénin trabéculaire, à parois épaisses, enfoui dans du tissu pancréatique sclérosé.

II. — Les voies d'accès

Il ne s'agit pas que d'une simple question d'incision de la paroi. Le pancréas est un organe profond, difficile à aborder. La question est plus complexe. On verra au cours de l'exposé que l'incision médiane s'impose de façon à peu près constante. Les voies d'accès sont nombreuses.

Quelques-unes ont été imposées, à tort ou à raison, par le siège cliniquement repéré de la lésion. Souvent, le diagnostic étant hésitant au cours même de la laparotomie on a dû improviser une technique de fortune en suivant la voie d'accès qui paraissait être la plus simple et la plus sûre ; mais, bien souvent semble-t-il, avec une méconnaissance complète des facilités plus grande qu'une autre voie, préalablement repérée, systématisée, et mise au point, aurait pu donner.

a) Voie extra-péritonéale latérale gauche.

Ruggi en 1889 a essayé d'employer une laparotomie sous-péritonéale antéro-latérale gauche pour aborder le pancréas ; mais sans succès. Cette technique, excellente

en d'autres circonstances, nous le verrons plus loin, mais que rien ne justifie ici anatomiquement, ne nous paraît pas vraiment utilisable pour les interventions sur le pancréas. Il en est de même d'ailleurs de la voie sous-péritonéale, postéro-latérale gauche de la lombotomie, ce qu'a fait par exemple Link, dans l'observation que nous avons rapportée (Obs. VI, page 128), et ce qui lui a seulement permis, dit-il, de palper la queue du pancréas, ce qui a fait beaucoup de délabrements pour un médiocre résultat.

b) Voie transgastrique.

Elle a été employée délibérément par Bessel-Hagen, puis par quelques chirurgiens. Nous en donnerons deux observations plutôt à titre de curiosité que de document utile, car on n'aperçoit pas comment on pourrait en justifier l'emploi autrement que pour des raisons de nécessité, nécessité qu'il importe d'éviter si possible, précisément en adoptant d'emblée d'autres voies d'accès.

Obs. XVII. — BONNEAU (in *Presse Médicale*, 1922. Résumé).

Contusion de l'abdomen. Pseudo kyste du pancréas.

Contusion de l'abdomen qui paraît légère. B. voit le blessé 40 jours après l'accident et constate une collection liquide du flanc gauche ; diagnostic clinique hémopéritoine enkysté consécutif à une fissuration traumatique de la rate. Première intervention. L'estomac est énorme, distendu. L'arrière-cavité est comblée, d'exploration difficile. On retire par ponction 4 litres de liquide séreux. L'estomac paraissant s'évacuer insuffisamment on pratique une gastro-entérostomie de sûreté transmésocolique antérieure. Récidive du pseudo-kyste. Deuxième intervention, trois semaines après la première. Incision verticale en dehors du muscle grand droit gauche. « Je retrouve encore, dit l'auteur, l'énorme

estomac qui prend toute la place. Une ponction avec un trocart enfoncé dans la partie gauche de l'estomac, près de la rate, vide le liquide reproduit. Me servant alors du trocart laissé en place, comme d'un guide sûr pour me conduire au kyste, j'incise les tissus traversés. Je constate ainsi que le trocart a traversé la paroi antérieure de l'estomac, la cavité aplatie de l'estomac et la paroi postérieure très œdémateuse de l'estomac. J'arrive alors à la poche kystique, dont les parois plus ou moins artificielles sont repérées. Je vois comment on peut, tenant l'estomac dans la main gauche, pousse sur sa face antérieure, index et médius dans sa cavité, disséquer lentement au milieu des adhérences le bord gauche de l'estomac et le refouler à droite tandis qu'un aide tient une valve sur la rate. J'obtiens ainsi, grâce à cet artifice opératoire, le libre accès sur la poche kystique. Avant d'aller plus loin, les incisions des 2 parois de l'estomac sont soigneusement suturées chacune à 2 plans, la suture de la paroi postérieure étant toujours rendue très difficile par l'œdème qui infiltre et lui enlève sa souplesse ». On peut alors s'occuper de la poche kystique qui est marsupialisée. Guérison.

Il est évident que cette observation qui concerne à peine, il est vrai, la voie transgastrique la justifie encore moins.

Obs. XVIII. — D^r SAILLANT, de Montluçon (*inédite*).

G. est opéré le 23 septembre 1913 pour une tuméfaction sus-ombilicale. Quinze jours auparavant il avait été renversé par une voiture dont une des roues lui passa sur le ventre. Tout parut s'arranger dans les jours suivants, mais apparut secondairement la tumeur abdominale. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On est frappé par l'importance du volume de l'estomac. La tumeur paraissant être gastrique on incise d'emblée la face antérieure de l'organe, c'est alors la paroi postérieure qui paraît tuméfiée; fortement soulevée et qui est incisée à son tour. On arrive enfin sur une cavité pseudo-kystique qui est drainée par le flanc gauche. Réfection plans par plans des parois de l'estomac. Guérison par-

faite. A été mobilisé pendant la guerre et se porte bien actuellement.

Il s'agit bien ici de la voie transgastrique, mais nous ferons la même remarque que pour la précédente observation.

c) Voie gastro-hépatique.

Sauf peut-être dans des cas très spéciaux, par exemple d'une petite tumeur limitée au niveau de la plicature du corps sur la tête pancréatique, immédiatement sous le petit épiploon, elle ne paraît pas recommandable, car elle donne peu de facilités de manœuvres pour l'exploration correcte et est nettement insuffisante pour l'extirpation consécutive éventuelle.

d) Voie gastro-colique.

Nous entrons ici dans la catégorie des voies d'accès qu'on peut dire normales, d'usage courant, rationnelles, basées sur la topographie de la région et qu'on peut défendre anatomiquement et cliniquement.

Nous connaissons cette voie, nous en avons parlé à propos des voies d'accès sur l'artère splénique, nous allons en rappeler les divers temps.

On repère l'arcade des vaisseaux gastro-épiploïques. Immédiatement au-dessous d'elle on incise le ligament gastro-colique. On a toujours à lier un certain nombre d'artères épiploïques. Deux valves écartent en bas le côlon transverse en haut la grande courbure de l'estomac. On a sous les yeux le pancréas.

Stein récemment est revenu à la charge et pour aborder le pancréas recommande le décollement colo-épiploïque, c'est-à-dire le décollement de bas en haut de la poche mésogastrique, qu'il considère comme trop peu

employé. Cette technique donne certainement beaucoup plus de jour et d'aisance que l'incision simple du ligament gastro-colique. C'est cependant ce dernier procédé que nous avons trouvé le plus fréquemment employé par les divers opérateurs ; il est plus simple et dans beaucoup de cas il donne, avec un bon écartement, un jour suffisant. C'est lui que Leriche conseille. Les deux modalités d'accès par cette voie nous paraissent à peu près également recommandable. Mais cette voie gastro-colique n'est pas, à notre avis, la voie de choix.

e) Voie transmésocolique.

Nous l'avons proposée comme nouvelle voie d'accès sur l'artère splénique. Nous allons en rappeler rapidement les divers temps.

Le côlon transverse et le grand épiploon sont relevés et rabattus vers le haut comme pour préparer une gastro-entérostomie postérieure ; on étale la partie gauche du mésocôlon transverse ; incision du feuillet inférieur du mésocôlon transverse tout près de sa racine (fig. 34) ; décollement à la sonde cannelée ; on aperçoit bientôt le bord inférieur, ou la base, du corps du pancréas. La glande reconnue, avec le doigt revêtu d'une compresse, on clive derrière elle la zone accolée méso-gastrique, ce qui est une manœuvre des plus faciles. On pratique alors la bascule du corps du pancréas en le faisant tourner sur son axe transversal de façon à amener sa face postérieure dans la zone décollée. C'est avec la main gauche, qui est du côté de la tête de l'opéré, que nous avons indiqué de faire cette manœuvre. Le pouce accroche la base du pancréas, ce sont les quatre autres doigts rapprochés qui, à travers le mésocôlon, refoulent de haut en bas et d'arrière en avant, en le faisant tourner, le corps de la glande. Le pancréas retourné est confié à la

main droite de l'aide. Les vaisseaux spléniques sont bien visibles dans leurs gouttières respectives. Comme nous l'avons déjà vu l'hémostase est alors très facile à assurer. Pour une pancréatectomie on pousse le décollement jusqu'à la limite nécessaire.

Comme la voie gastro-colique la voie transmésocolique nous apparaît donc comme une bonne voie d'accès, supérieure d'ailleurs à la voie gastro-colique ; mais ce n'est pas, à notre avis, la meilleure.

f) Voie d'accès par décollement total de la zone accolée mésogastrique de gauche à droite.

On peut se demander si la voie transmésocolique est toujours à recommander, si elle répond à la formule la plus large, du moins si elle est celle qui répondrait aux nécessités de tous les cas, et si le décollement total, systématique, de gauche à droite de la zone accolée mésogastrique, que nous avons exposé à propos de l'accès sur l'artère splénique et de la chirurgie splénique, ne serait pas, en principe, cette voie de choix, très générale. |

Il n'y a pas pour nous le moindre doute du point de vue des principes généraux qui nous semblent devoir régir la chirurgie pancréatique.

Le décollement de la zone accolée mésogastrique nous paraît être la voie d'abord la plus sûre, la plus facile dans tous les cas. Tout ce que nous avons dit jusqu'ici de cette voie a bien mis en évidence, croyons-nous, sa facilité, sa rapidité, sa bénignité et surtout la grande aisance, le jour énorme, qu'elle donne et qui permet de faire tout ce que l'on veut sur le pancréas. Les difficultés d'abord de la région ayant été tournées, les zones vasculaires dangereuses ayant été évitées, on se trouve en présence d'une dissection, faite pour ainsi dire spontanément, d'un seul coup, d'une part

des vaisseaux importants dont on a l'ensemble sous les yeux, que l'on peut lier à volonté au point exact que l'on désire, d'autre part de la lésion elle-même qu'on se propose d'explorer avec toutes ses extensions possibles et qu'on pourra éventuellement réséquer aussi largement qu'on le voudra.

Dans l'observation de Mayo que nous avons rapportée plus haut (p. 154), on sent combien ce chirurgien justement renommé, habile, et entraîné à la chirurgie viscéro-abdominale a été gêné pour avoir manqué de place et ne s'être pas assuré une vue nette, très large du champ opératoire. Pendant toute son intervention il a été en difficulté et sa seule préoccupation a été l'hémostase ; la solution qu'il a dû adopter pour y parer à savoir de multiples clamps laissés à demeure, pose nettement l'indication d'aborder cette région par les voies qui d'emblée donnent le maximum de jour et l'accès large sur les vaisseaux.

Il y a un autre argument à faire valoir en faveur de cette voie d'accès, c'est la rate. Lorsqu'on emploie des voies d'abord hasardeuses, qu'on lie « au mieux » après avoir posé des clamps au juger, sans repères précis, sans savoir ce que l'on va lier, on peut être très inquiet sur l'état de vascularisation de cet organe à la fin d'une opération en grande partie aveugle, parce que non réglée sur des bases anatomiques sûres. Même en employant de bonnes voies d'accès la voie transgastrocolique, la voie transmésocolique, si on arrive sur une tumeur assez étendue, assez adhérente, du corps et de la queue du pancréas, il ne s'agit plus d'une simple ligature de l'artère splénique, ni d'une splénectomie, on peut être très gêné si on n'a pas un large jour et un accès facile sur les vaisseaux, du sang arrive de la profondeur, on met des pinces et finalement on ne peut pas

savoir où en est l'irrigation splénique. Pour Kôrte les vaisseaux courts pourraient alors suffire à assurer la circulation sanguine. M. Descomps élève un doute formel sur la possibilité de cette suppléance, hors peut-être des cas d'exception qu'on ne peut évidemment pas prévoir. C'est certainement un risque à ne pas courir délibérément. On ne saurait en faire une méthode générale.

Le sacrifice délibéré de la rate paraît être dans ces cas, sans aucun doute, sinon la meilleure solution, du moins une bonne solution. Telle est l'opinion que défend M. Descomps qui en a des constatations personnelles. Il ne s'agit pas seulement de considérations théoriques d'anatomie et de physiologie. Des faits assez nombreux existent qui montrent l'inocuité de la suppression de la rate. Les cas de splénectomies après traumatismes en sont la preuve. La malade de M. Deniker, dont l'observation est rapportée plus haut, s'est fort bien trouvée de cette décision.

Cependant n'y a-t-il pas mieux à faire et ne peut-on pas concilier la nécessité d'une large voie d'accès sur le pancréas avec la conservation de la rate ? Sans aucun doute ? Nous apercevons ici un argument important en faveur de la voie d'accès par décollement total de la zone accolée mésogastrique. Il sera possible de voir après la pancréatectomie si la rate est encore bien vascularisée. On pourra alors, ce qui est évidemment le plus simple, ou achever, si c'est nécessaire, la splénectomie, et ceci ne présente aucune difficulté, ou, ce qui est évidemment plus difficile, mais très possible dans des cas spéciaux (*pancreatica magna* seul vaisseau du pancréas, par exemple) tenter de conserver la rate que l'on remettra simplement à sa place par rabattement, avant de refermer l'abdomen.

III. — La technique

de la pancréatectomie partielle. Corps et queue.

a) La libération et la résection du pancréas.

Leriche, après avoir conseillé la voie d'accès gastro-colique, décrit ainsi le second temps de l'intervention. Comme Link dans l'observation que nous avons rapportée, comme Mayo, comme certainement d'autres opérateurs, Leriche a bien trouvé le plan de clivage.

La résection devant enlever toute la partie gauche de l'organe, corps et queue, le mieux est de se porter d'abord vers la queue, de la libérer de ses attaches vasculaires et péritonéales, en ménageant celles-ci autant que possible, de façon à garder un large lambeau séreux. De proche en proche, en clivant dans le fascia celluleux rétro-pancréatique, on arrive au devant de l'aorte, sans hémorragie, ni difficultés. A ce moment il est possible de faire basculer le corps tout entier et de le sectionner au niveau du col, après pose temporaire d'un clamp hémostatique.

C'est évidemment ce qu'il faut faire, mais ce que nous avons pu voir soit dans les observations citées, soit dans les recherches cadavériques, ce qui ressort, nous le pensons, de notre exposé, ne montre pas que ce soit là un temps particulièrement délicat. Et c'est dès le premier temps de l'opération que l'on doit avoir souci de l'hémostase et de la conservation péritonéale.

Ce qui est important c'est le choix d'une voie d'abord qui permette des manœuvres aisées sur le corps et la queue du pancréas que l'on va enlever, après avoir respecté les vaisseaux qu'il faut ménager, lié ceux qu'il faut lier, et après avoir décollé, et donc respecté, le péritoine qui va servir à repéritoniser les surfaces de décol-

lement, et c'est pourquoi nous venons d'insister sur ce choix de la voie d'accès qui est le problème capital. La voie d'accès par décollement total de la zone mésogastrique accolée avec rabattement en masse vers la droite, après sacrifice délibéré de la rate, s'il est nécessaire, résout d'emblée toutes ces questions qui dès lors ne se posent plus. Dès que le rabattement est fait on n'a plus qu'à sectionner le pancréas à l'endroit choisi.

b) **Le moignon pancréatique et le canal excréteur.**

Que faire de la tranche pancréatique ?

C'est là certainement une question assez difficile à résoudre, une de celles qui embarrasse le plus les chirurgiens et sans doute les porte à hésiter avant de pratiquer des pancréatectomies partielles du corps et de la queue.

Malgré les nombreuses recherches entreprises, il est difficile de donner une réponse satisfaisante et de conseiller une technique indiscutable. Cependant il ne faut pas surestimer sans mesure les aléas de cette section pancréatique. Nous ne sommes pas ici au niveau du gros canal excréteur de la tête du pancréas et plus on se rapproche de l'extrémité de l'organe moins la question a d'importance.

1° *Abouchement dans une anse intestinale ou à la peau.*

Coffey a réalisé très ingénieusement une pancréato-entérostomie à l'aide d'un manchon revêtu de séreuse à sa face interne et formé par deux anses intestinales accolées. Mais c'est là une complication énorme de l'intervention. Cette technique longue, difficile, nous semble compliquer sans raison valable le problème et ouvrir la porte sans raison à des risques sérieux.

L'abouchement à la peau a été en particulier préconisé par Tuffier. Ce n'est, nous semble-t-il, qu'un pis-aller et comme le précédent procédé un risque que ne justifie aucune raison.

2° Ligature simple du moignon pancréatique.

Les recherches de Ceccherelli et de Villar montrent que la suture du pancréas ne détermine ni phénomènes locaux ni phénomènes généraux chez les chiens ; la cicatrisation en est même plutôt rapide.

On dit avec raison, et nous venons de le répéter, que la question capitale est celle du canal pancréatique. Coffey a démontré expérimentalement qu'en liant en un point quelconque le canal pancréatique, avec ou sans le tissu pancréatique environnant, mais sans enlever la glande, sans faire de pancréatectomie, on ne ferme pas le canal d'une façon permanente ; le canal sectionné se réunit après quelques jours. Il ne faut pas, semble-t-il, conclure de cette expérience que les ligatures donneront ou ne donneront pas fatalement des fistules. En opérant on ne laisse que très peu de tissu pancréatique à gauche de la ligature et on ne se trouve pas du tout dans les conditions de l'expérience de Coffey.

Les interventions pratiquées sur l'homme ont le plus souvent abouti après ligature à une cicatrisation immédiate, ou secondairement rapide ; voilà le fait à retenir.

3° Cautérisation.

Seule la cautérisation par le thermocautère a été utilisée jusqu'ici, combinée ou non à la ligature. Elle semble avoir une action favorable. On peut toujours l'associer à la ligature. L'électrocoagulation, la section au bistouri électrique seraient peut-être des procédés

techniques à essayer. Nous préférons améliorer la ligature simple par d'autres moyens.

4° Résection cunéiforme du moignon pancréatique suivie de suture.

Puisque le pancréas tolère bien les sutures cette méthode qui est une amélioration logique de la ligature simple, nous paraît la plus sûre. On taille en V creux l'extrémité du moignon et on en suture la tranche bien avivée.

5° Péritonisation, enfouissement dans une greffe épiploïque.

Ce sont là des manœuvres techniques complémentaires de la ligature simples et de la résection cunéiforme que l'on pourra associer avantageusement à ces méthodes.

Le régime antidiabétique sévèrement appliqué semble avoir presque toujours raison des fistules qui peuvent secondairement se produire.

CHAPITRE III

CHIRURGIE DU REIN GAUCHE

Le rein gauche étant situé en partie dans l'étage supérieur de l'abdomen se trouve mis à découvert quand on décolle en avant de lui la zone accolée mésogastrique. Sous une autre forme nous pourrions dire que la zone accolée mésogastrique entre dans la constitution de la loge rénale et plus largement encore de la grande gaine urinaire telle que l'a décrite en détail Paturet dans son mémoire de 1924 dont les sources sont en partie les mêmes que les nôtres.

La voie d'accès postérieure, ou postéro-latérale, sur le rein n'est plus comme autrefois pour beaucoup de chirurgiens, tout au moins pour certaines interventions, la voie de choix. La voie d'accès antérieure, transpéritonéale, n'est qu'une voie d'exception. La voie latérale, ou antéro-latérale, est une voie d'accès excellente, très sûre, très commode et qui répond à un grand nombre d'indications.

Par incision transversale, mieux par incision verticale ou oblique, antéro-latérale, qui donne plus de facilités pour les temps opératoires profonds, on arrive rapidement sur le sac péritonéal contenant l'intestin et ses dépendances. On récline le tout en bloc en dedans

vers la ligne médiane. On décolle ainsi, en dessous de l'angle colique, la zone accolée colo-mésocolique gauche, celle du côlon terminal, au-dessus de l'angle colique la zone accolée mésogastrique dont il s'agit dans cet exposé.

C'est en somme une extension haute de la laparotomie latérale sous-péritonéale gauche que l'on conseille donc ici. Cette considération anatomique, qui est une acquisition récente de nos connaissances sur l'anatomie et l'embryologie du péritoine et des zones accolées, n'était évidemment pas apparue à ceux qui, voulant éviter le péritoine, utilisèrent jadis cette excellente voie d'accès et firent sans s'en douter le premier décollement d'une zone péritonéale accolée pour aborder le rein gauche par les plans extra péritonéaux. Actuellement cette voie d'accès sous-péritonéale latérale gauche est utilisée, du côté gauche, dans la chirurgie du rein, de la surrénale, des côlons, des ganglions lombaires, et nous aurons à la signaler dans ces diverses applications.

M. Pierre Descomps a suivi cette voie pour pratiquer la néphrectomie gauche et il la recommande de façon toute particulière pour extérioriser facilement le rein et son pédicule.

CHAPITRE IV

CHIRURGIE DE LA SURRÉNALE GAUCHE

La surrénale est un des organes situés en arrière de la zone d'accolement mésogastrique. Lorsqu'on intervient sur cette région en décollant cette zone, nous avons pu constater qu'il n'y a plus qu'un mince feuillet protégeant la glande qui est visible d'emblée et n'est pas enfouie dans la graisse comme au cours des interventions pratiquées par voie postérieure.

La surrénale est entrée récemment dans le cadre chirurgical. Pour un certain nombre d'auteurs, entre autre Oppel, les gangrènes artérielles se produiraient à la suite d'un spasme artériel permanent par hyperadrénalinémie. Cependant l'étude expérimentale de l'adrénalinémie n'a pas donné de précisions. D'ailleurs l'adrénalinémie physiologique est niée par Gley, elle est admise il est vrai par Tournade et Chabrol. Les recherches cliniques et expérimentales, nombreuses, devront être encore poursuivies ; l'état du système nerveux est encore à étudier ; l'examen du sang, la variation de la tension artérielle, ainsi que l'état du système artériel seraient à approfondir.

Cependant les conclusions thérapeutiques provisoires découlant de cette hypothèse semblent avoir donné des

résultats ; ainsi l'action des rayons X, ainsi l'épiphrectomie.

Depuis quelques années se publient de nombreux travaux sur l'épiphrectomie, c'est pourquoi nous devons en dire un mot ici.

Les recherches sur les voies d'abord de la surrénale sont assez nombreuses ; nous en retiendrons deux qui les résument. Etant plus facile à atteindre, c'est pour ainsi dire toujours à la surrénale gauche que l'on s'attaque ; précisément celle qui entre dans notre sujet.

I. — Leriche a conseillé de pratiquer cette intervention par voie transpéritonéale. Il conseille une incision transversale gauche, latérale et non postérieure, partant du milieu de la 12^e côte ou de sa pointe, avec ou sans résection costale. Il faut isoler la capsule surrénale avec un instrument mousse ; ne pas la pincer, harponner la graisse et non la glande, détacher successivement la partie horizontale, puis la partie verticale sus-hilaire ; lier deux ou trois vaisseaux, lier à part la veine capsulaire principale.

Voici une observation de lymphangiome kystique de la surrénale. La tumeur fut enlevée par simple incision du péritoine et décortication.

Obs. XIX. — RIESS et SCHOTT.

Kyste de la surrénale chez une diabétique ; extirpation.

Une femme de 47 ans se plaignait depuis plusieurs années de ressentir par moments des douleurs pénibles dans le flanc gauche avec une sensation de plénitude anormale et une dyspnée marquée et, par crises, des vomissements. Depuis un an, elle était traitée pour du diabète. La radiographie fit découvrir une image kystique considérable du flanc gauche. Des examens successifs permirent de conclure à un contenu sédimentant dans la station debout. L'intra-dermo réaction au liquide de kyste hydatique fut négative. Mais à quel

organe appartenait ce kyste ? L'estomac était refoulé à droite et en bas, le côlon paraissait passer devant le kyste ; on discuta de son siège possible dans la queue du pancréas ; bien qu'é l'ombre du rein gauche fût reconnaissable au dessous du kyste on n'envisagea pas une origine surrénale. Il est à remarquer que la palpation ne fournissait aucun renseignement. A l'intervention après laparotomie sous-costale gauche on ne vit rien d'anormal au premier abord. Cependant la rate fut trouvée très élevée et, en palpant la région rétro-péritonéale, on constata que le rein gauche était disposé transversalement et très abaissé. Au dessus du rein on découvrit une volumineuse tumeur kystique rétropéritonéale. Le péritoine incisé on reconnut que cette tumeur dépendait de la surrénale grâce à la présence à sa surface de petits fragments jaunâtres, comparables au tissu surrénal. Une ponction retira un demi-litre de liquide crémeux, puis le kyste fut ouvert et on y trouva une substance ressemblant à de la bouillie plâtrée à demi-prise. On put ensuite, fort aisément, énucléer la paroi du sac ; sa loge fut drainée et tamponnée. Guérison rapide malgré une reprise du diabète rapidement jugulée par l'insuline et le régime. L'examen histologique ultérieur permit de considérer la tumeur comme un lymphangiome kystique de la surrénale.

II. — Comme par ce procédé Leriche aurait observé une fois une réaction pleurale. Hertz a cherché à l'améliorer et il conseille une voie d'abord postérieure plus directe.

Incision transversale de 15 cm. Résection de la 12^e côte. Echancrer en dedans la masse sacro-lombaire et chercher dans la graisse en dedans du rein. La couleur jaune chamois de la glande tranche franchement sur le jaune franc de la graisse. Se porter au pôle supérieur, sectionner le pédicule entre deux pinces, ce qui donne un moyen de traction. Chercher la veine centrale sur la face antérieure. Chercher enfin le pédicule inférieur.

Cet auteur insiste sur ce fait que toute prise pratiquée

sur la glande la rompt ; il ajoute cependant « si la graisse est très abondante, on est contraint de saisir la glande dans une pince à anneaux et de la morceler ».

Il semble logique d'aborder la surrénale par sa face antérieure, ou du moins le plus en avant possible afin d'éviter des recherches laborieuses dans la graisse. La voie d'abord, conseillée par Leriche, nous paraît bien préférable si on la modifie de façon à la rendre sous-péritonéale ; c'est-à-dire si on pratique la laparotomie sous-péritonéale latérale telle que nous venons de la signaler à propos de l'accès sur le rein gauche. S'il s'agit de la surrénale on n'a qu'à pousser un peu plus haut et en dedans le décollement.

Dans un cas d'artérite juvénile avec troubles circulatoires du membre inférieur, après échec de la sympathicectomie, voici comment M. Descomps a réglé son intervention.

« La capsule surrénale est abordée par laparotomie latérale gauche haute, en position d'hyperextension et d'inclinaison latérale opposée du tronc. Le décollement de dehors en dedans de la rate et du pancréas, sans toucher à l'angle collique gauche et à son appareil fixateur, permet d'arriver facilement en arrière de la poche mésogastrique, au devant du rein et de la capsule surrénale gauches et d'extirper cette dernière. Cette voie d'accès apparaît très commode, sous condition d'un fort écartement des organes vers la droite par de grandes compresses sous une large et haute valve. Les ligatures seules sont difficiles, le sujet étant très gras, avec des tissus rouges, friables et un riche système veineux ».

D'autres tumeurs de la région surrénale, situées en dedans du rein, ou au niveau du pédicule rénal, difficilement abordables par la voie lombaire, sont aussi aisément atteintes par voie sous-péritonéale en réclinant

la poche mésogastrique et en décollant sa zone accolée.

Dans un cas de kyste séreux du volume du poing développé dans la région du pédicule rénal gauche, il s'agissait d'un kyste wolfien. M. Descomps a pu pratiquer un décollement très facile, au dessus de l'angle colique gauche, lequel était d'ailleurs mal fixé, ce qui est rare. A la fin de l'intervention il fit une pexie des viscères remis en place.

CHAPITRE V

CHIRURGIE LYMPHO-GANGLIONNAIRE RÉGIONALE DANS SES RAPPORTS AVEC LA CHIRURGIE DES COLONS GAUCHES ET DE LA GLANDE GÉNITALE GAUCHE

Le pronostic des cancers est intimement lié à l'importance de l'extension au système lymphatique, et les interventions actuelles sur les cancers cherchent à dépasser la limite de l'extension lympho-ganglionnaire par des exérèses aussi larges que possible.

Il serait sans aucun doute excessif sur la seule extension lympho-ganglionnaire, en particulier sur l'étendue du territoire envahi, sur les caractères des ganglions indurés et isolés de préjuger l'extension d'un néoplasme, les chances de non récives après exérèse ; d'autres éléments interviennent, en particulier les infections secondaires sur les cancers ulcérés. Mais il serait non moins fâcheux de ne pas accorder à l'exploration lympho-ganglionnaire une importance capitale au moment de l'exploration chirurgicale pour apprécier les possibilités, les chances de l'exérèse, donc le pronostic immédiat et éloigné. C'est un côté de la question qui entre dans notre

propos pour ce qui concerne les côlons gauches et la glande génitale gauche.

Pour les néoplasmes du tube digestif abdominal et en particulier pour ceux des côlons l'accord est maintenant à peu près fait sur les méthodes et procédés d'exérèse à employer ; mais il est loin d'en être de même pour les infiltrations lymphatiques et les adénopathies qui les accompagnent. Ce qui tient, semble-t-il, à deux causes. D'une part l'insuffisance de nos connaissances sur les territoires lympho-ganglionnaires des divers segments du tube digestif abdominal. D'autre part la considération presque exclusive des ganglions sans tenir compte d'une manière suffisante des vaisseaux lymphatiques et de leur confluence vers les origines du canal thoracique.

Plusieurs problèmes se posent donc :

1° Connaissance parfaite de la topographie des territoires lympho-ganglionnaires et de leur confluence, territoires qu'il faudra explorer dès que le siège de la tumeur sera établi au début de la laparotomie exploratrice, pour savoir ce qu'il est possible de décider comme exérèse.

L'intérêt de l'exploration de la totalité du courant lymphatique répondant à l'organe atteint par le néoplasme apparaît immédiatement à l'esprit. Il ne faut pas s'arrêter à l'examen du premier relai ganglionnaire, mais remonter le plus possible vers les gros troncs.

2° Reconnaissance extemporanée de la nature néoplasique des lymphatiques et ganglions perçus. Problème des plus délicats puisque l'examen macroscopique est aléatoire et que bien souvent seules les coupes en série permettent de mettre en évidence, sur des ganglions extirpés, une dégénérescence certaine.

3° L'étude des récidives après extirpation du néoplasme et de son territoire lymphatique est encore bien

peu avancée ; elle aurait cependant un bien grand intérêt pour guider la décision au moment de l'exérèse. Les chirurgiens étrangers semblent beaucoup plus pessimistes que les chirurgiens français. Dans la chirurgie du cancer il faut savoir se contenter de peu et si minimes que soient parfois les chances il ne faut pas trop hésiter à les tenter ; des surprises heureuses sont parfois ménagées en tenant compte des traitements post-opératoires adjuvants.

A. Les courants lymphatiques abdominaux

Ce sont les racines de la citerne Pecquet vers laquelle conflue toute la lymphe abdominale.

Il y a dans l'abdomen trois grands courants lymphatiques pairs et symétriques qui traversent, avant de gagner le confluent de Pecquet, des groupes ganglionnaires échelonnés de la même manière et étagés de bas en haut de part et d'autre de la colonne lombaire :

courant du membre inférieur,
courant génital,
courant urinaire.

Il s'y ajoute, en un ou plusieurs troncs, un courant impair et médian,
courant intestinal.

a) Les courants lymphatiques intestinaux.

Nous allons résumer rapidement les travaux de Pierre Descomps et de Turnesco sur ce sujet ; travaux confirmés par des recherches consécutives de Lorin et de Richard ; recherches partielles mais qui précisément visent un point qui doit retenir notre attention.

1° — *Les lymphatiques de l'intestin grêle :*

Ils occupent deux territoires d'étendue très inégale séparés par l'axe mésentérique et forment deux courants.

α) Courant jéjunal.

C'est le courant du segment proximal de l'intestin, le plus richement fourni. Il se concentre dans la partie moyenne de la racine du mésentère, autour de la veine mésentérique supérieure, (confluent lymphatique du jéjunum). Il draine les lymphatiques des parois intestinales et les chylifères.

β) Courant iléal.

Il appartient au segment distal, il est beaucoup moins fourni, et se termine dans le confluent primaire droit du gros intestin.

Rappelons que les nombreux ganglions de ce système lymphatique de l'intestin grêle forment trois groupes superposés : un groupe périphérique de ganglions juxta-intestinaux ; un groupe intermédiaire ; un groupe central, les ganglions du confluent mésentérique.

2° *Les lymphatiques du gros intestin.*

Deux réseaux l'un profond musculaire, l'autre superficiel, sous-péritonéal, en constituent les origines. Il en part des collecteurs les uns longs, encadrant en quelque sorte les vaisseaux sanguins, les autres courts, isolés. Ils se jettent dans une arcade lymphatique marginale au bord hilaire des côlons ; on trouve à ce niveau les premières barrières ganglionnaires, les nodules paracoli-ques.

De ce courant marginal partent des collecteurs qui suivent les pédicules vasculaires. L'un est homologue et satellite de la veine petite mésentérique, l'autre de la veine grande mésentérique.

Ce sont les anses mobiles qui ont la circulation lymphatique la plus riche en canaux et en ganglions ; ces derniers faisant défaut au niveau des anses accolées.

« La convergence des divers pédicules lymphatiques des côlons, homologues des pédicules sanguins et plus étroitement satellites des veines, se réalise par l'intermédiaire de trois confluent primaires. Un confluent droit, ou des côlons droits, est situé dans la fosse iliaque droite. Un confluent moyen, et du côlon transversal, est situé au devant de la tête du pancréas. Ces deux confluent répondent au territoire lymphatique calqué sur le territoire veineux de la grande mésentérique. Enfin un confluent gauche, ou des côlons gauches, est situé dans la fosse iliaque gauche et répond au territoire calqué sur le territoire veineux de la petite mésentérique ».

« Ces trois confluent primaires se collectent dans un confluent secondaire commun, le grand confluent portal, situé derrière le corps du pancréas, où converge la totalité du système lymphatique satellite du système veineux portal ».

« Au niveau de chacun des trois confluent primaires, on trouve des ganglions, en général volumineux mais toujours nombreux. Des ganglions annexés au grand confluent portal sont des ganglions d'une autre catégorie, communs à tout le système portal, et qui ne sont donc pas spécifiquement coliques ».

Entrons dans quelques détails.

α) Pédicule lymphatique droit.

La lymphe de l'iléon, du cæcum avec son appendice et du côlon ascendant est drainée par des collecteurs qui convergent tous vers un point situé dans l'angle iléo-colique, confluent primaire droit ; le courant lymphatique

thique qui en résulte constitue, avec l'artère et la veine iléo-cæco-appendiculo-colique, le pédicule des côlons droits.

Ce courant formé de 4 à 6 très gros collecteurs, monte oblique en haut et à gauche, abandonne les vaisseaux sanguins lors de la formation des troncs mésentériques, passe sur la face antérieure de la troisième portion du duodénum et arrive à la face antérieure du pancréas.

β) Pédicule lymphatique médian.

De l'angle droit des côlons et des trois premiers quarts du côlon transverse partent deux courants qui vont constituer ce pédicule ; par leur réunion ils forment au devant de la tête du pancréas un confluent primaire moyen, analogue au confluent iléo cæcal précédent.

La disposition de la veine gastro-colique permet de comprendre des confluences assez inattendues. Rappelons que la veine gastro-colique, ou veine de Henle, est un gros tronc commun formé par la confluence de la veine gastro-épiploïque droite grossie de petites veines duodéno-pancréatiques et de la veine colique. Ce confluent veineux, nous le répétons, assez inattendu comme constitution et qui va rejoindre, rarement le tronc de la veine porte, plus souvent la veine grande mésentérique, permet de comprendre la convergence des lymphatiques dont le trajet, dans le système porte, comme partout, est calqué sur celui des veines, sauf, cela s'entend, au niveau de la convergence terminale différente des gros troncs. La même remarque s'imposerait pour les artères et les veines, de sorte que tous les vaisseaux sont en principe satellites. Cette loi générale doit être complétée par la notion de quelques vaisseaux complémentaires pour les voies de retour, peu nombreux pour les veines, plus nombreux pour les lymphatiques.

Le courant de l'angle droit, courant pariétal, parti de l'angle lui-même, s'insinue entre les deux lames de la racine du mésocôlon transverse et arrive à la face antérieure de la tête du pancréas.

Le courant des trois premiers quarts du côlon transverse se dirige de gauche à droite dans le mésocôlon transverse et arrive dans la moitié droite de ce méso ayant formé une première arcade collectrice près du bord intestinal, puis s'étant réduit en suivant toujours strictement les arcades en éventail des vaisseaux sanguins.

Ces deux courants se fusionnent en un confluent primaire moyen qui est situé au-devant de la tête du pancréas.

γ) Pédicule lymphatique gauche.

Il faut bien remarquer l'indépendance des territoires lymphatiques du côlon transverse et du côlon gauche. La frontière des deux territoires est constituée par la terminaison même de l'artère colique gauche, alors qu'elle s'est déjà séparée de la veine petite mésentérique.

Les collecteurs lymphatiques du segment proximal issus de la portion de l'angle située en amont de ce plan, et ceux du dernier quart du côlon transverse, se portent en dedans suivant le bord supérieur des vaisseaux coliques gauches supérieurs, puis la veine petite mésentérique et arrivent au grand confluent portal commun.

Les collecteurs du segment distal, issus de la portion de l'angle située en aval du plan de terminaison de la colique gauche, suivent le bord inférieur de ces mêmes vaisseaux et gagnent le confluent primaire gauche.

Les lymphatiques contigus de ces deux territoires adjacents à la terminaison de la colique gauche expli-

quent la gravité du cancer de l'angle colique gauche qui, seul, peut inoculer les deux grands centres ganglionnaires. Cette gravité est augmentée pour la première portion de l'angle et le dernier quart du côlon transverse par l'apport direct de la lymphe au grand confluent portal commun.

Le courant du côlon descendant, peu riche, descend vers le confluent primaire gauche.

Le courant du côlon sigmoïde, comme pour toutes les portions mobiles de l'intestin, est richement pourvu ; c'est même la portion du cadre colique la mieux vascularisée ; la disposition des lymphatiques étant calquée sur les pédicules artério-veineux. Il se rend au confluent primaire gauche.

Le courant rectal principal, en négligeant les pédicules moyens, et en laissant de côté les pédicules périnéaux de la région anale, est satellite des vaisseaux hémorroïdaux supérieurs ; il monte vers le confluent primaire gauche.

La convergence de ces divers courants forme dans la fosse iliaque gauche, au sommet du mésocôlon sigmoïde, un confluent primaire gauche ; il est situé au croisement de l'artère et de la veine mésentériques inférieures.

On admettait que les efférents qui en partent gagnent les ganglions lombaires périaortiques gauches. Cette notion se trouve dans beaucoup d'exposés classiques. C'est une erreur analogue à celle qui fait confluer les lymphatiques du grêle avec les ganglions lombaires droits. Le système lymphatique juxtaportal est aussi distinct du système lymphatique juxtacave que le système veineux porte est distinct du système veineux cave ; bien plus il ne comporte pas d'anastomoses notables quand on clive bien ces différents plans et précisément en décollant les zones accolées de l'intestin.

Pierre Descomps a montré que, comme permettait de le supposer l'embryologie et comme le montre l'anatomie, quand on injecte ces vaisseaux efférents, ils suivent la veine mésentérique inférieure et gagnent, à longue distance, marchant dans le même sens, le grand confluent portal rétro-pancréatique. Le courant lymphatique gauche suit donc la veine petite mésentérique, longe la quatrième portion du duodénum, surcroise le pédicule rénal gauche, contourne l'angle duodéno-jéjunal et est rejoint par les troncs directs venant du premier segment de l'angle gauche.

Il existe une deuxième sorte d'efférents venus de gauche : « Ces efférents que nous considérons comme accessoires, malgré le volume qu'ils peuvent acquérir dans certains cas, se dirigent en dedans, franchissent la ligne médiane — à la faveur de l'insertion pariétale médiane que présentait primitivement le méso de l'intestin terminal — et viennent se mettre en contact avec les ganglions paracaves droits et gauches. C'est peut-être et probablement une voie de dérivation accessoire du confluent gauche ; mais c'est assurément une voie anastomotique porto-cave importante, la seule d'ailleurs que nous ayons trouvée ».

3° Le confluent lymphatique portal.

Les trois pédicules lymphatiques des côlons dont nous venons de rappeler la disposition, se réunissent derrière le corps du pancréas. Nous touchons ici au point qui nous intéresse d'une manière toute particulière pour notre exposé.

Ils forment avec quelques troncs complémentaires le grand confluent lymphatique portal, ce rendez-vous lymphatique important étant ainsi nommé par analogie

avec le confluent veineux d'origine de la veine porte (Pierre Descomps).

Ce confluent est profondément situé derrière le corps du pancréas entre la glande et le plan veineux portal rétro-pancréatique.

Enumérons les courants qui le constituent.

Un plan sagittal médian permet de lui envisager deux portions, droite et gauche.

I. — A droite de la ligne médiane se trouve la partie la plus importante de ce confluent. De bas en haut, dans le sens des aiguilles d'une montre, on rencontre successivement :

le courant entérique, qui monte le long de la veine grande mésentérique (8 à 10 gros collecteurs) ; il centralise en particulier les chylifères. C'est donc un gros apport pour le confluent portal ;

le courant des confluent des côlons droits ;

le courant duodéno-pancréatique ;

le courant du pédicule moyen, souvent fusionné, comme on l'a dit, avec celui des côlons droits ;

le courant gastro-épiploïque fusionné, on l'a vu, normalement avec le précédent. C'est le courant gastrique inférieur satellite de la veine gastro-épiploïque droite, qui ayant suivi la grande courbure de l'estomac et reçu des branches gastriques et épiploïques chemine entre les deux feuillets de la lame réfléchie de la bourse épiploïque. Nous avons déjà signalé, et nous y insistons encore systématiquement, l'homologie des confluent lymphatiques et veineux dans cette région, la formation de la veine de Henle et la confluence analogue des troncs lymphatiques. C'est une notion des plus importantes car, sans cette claire compréhension des voies de retour, il est difficile de comprendre comment le sang et la lymphe du cæcum et le sang et la lymphe de la

grande courbure gastrique peuvent confluer vers le même point ;

le courant hépato-biliaire qui, très profondément situé, a suivi un trajet rétro-duodéno-pancréatique.

Ainsi se trouve constitué le confluent gastro-colo-entérique (Pierre Descomps).

II. — A gauche de la ligne médiane, en tournant toujours dans le même sens, de haut en bas, donc en continuant la précédente série, on trouve successivement :

le courant gastro-coronaire, courant gastrique supérieur, qui a suivi la veine coronaire stomachique, le long de la petite courbure gastrique, continue à l'accompagner dans le pli falciforme supérieur de l'arrière-cavité, pli de la coronaire, qui le conduit au bord supérieur du pancréas derrière lequel il disparaît avec la veine. Cependant il peut arriver que la veine suive le pli falciforme inférieur de l'arrière-cavité — pli de l'hépatique — qui la conduit directement au tronc de la veine porte. Dans ce cas le courant gastro-coronaire rejoint le confluent lymphatique portal ;

le courant splénique ;

le courant direct supérieur de l'angle colique gauche et du dernier quart du côlon transverse ;

le courant du confluent des côlons gauches.

Cette partie gauche du grand confluent portal beaucoup moins importante que la droite, forme le confluent gastro-colo-splénique (Pierre Descomps).

C'est à l'embryologie qu'il faut demander l'explication du siège de cette concentration des vaisseaux à la hauteur de la deuxième vertèbre lombaire, répondant à l'origine aortique de la grande mésentérique. C'est là, en effet, le sommet des cônes péritonéaux emboîtés créés par l'enroulement du tube digestif (fig. 13).

La question pourrait même être élargie.

« On peut dire que la convergence des quatre mésos digestifs se fait dans cette zone restreinte qui répond à la hauteur de la deuxième vertèbre lombaire, en ce point si curieux de la topographie abdominale, qui, pour une raison obscure, en tout cas très complexe, paraît être le véritable pôle postérieur du corps. C'est là, en effet, sans pousser trop loin cette analyse, que se termine la moelle ; c'est également là que le sympathique s'organise en un volumineux plexus, d'où s'épanouissent des branches terminales capitales, véritable cerveau abdominal ; c'est encore là que sur un très petit espace, naissent de l'aorte les trois artères intestinales ; c'est là que les veines et les lymphatiques correspondants, voie de retour du sang et de la lymphe du tube digestif, viennent converger ». (Pierre Descomps).

b) **Les courants lymphatiques génitaux.**

Aucun travail récent, ou d'ensemble n'ayant été publié, il nous faut seulement renvoyer aux ouvrages classiques. Pour les ganglions du testicule consulter le volume du nouveau *Traité de Chirurgie* de Sebileau et Pierre Descomps. On ne trouve aucune indication nouvelle dans l'ouvrage de Jossifow.

B. — L'exploration des courants lymphatiques abdominaux

a) **Exploration des lymphatiques et des ganglions des côlons gauche.**

Voici quelques observations montrant ce que l'on peut attendre de cette recherche. M. Pierre Descomps qui a exposé ce point particulier à la Société de Chirurgie dans sa communication sur les lymphatiques du

côlon, nous a signalé des cas de sa pratique personnelle de cancers des côlons gauches et du rectum, mais surtout des cancers du côlon sigmoïde, où l'exploration lympho-ganglionnaire révéla l'extension du néoplasme et contribua à établir l'inopérabilité de la tumeur. Dans d'autres cas cette extension n'existant pas l'opération se termina suivant les résultats de l'exploration, ou bien par une extirpation en un temps (rectum) ou plusieurs temps (côlon sigmoïde, côlon gauche); ou bien par un simple anus de dérivation sur le sigmoïde (rectum) ou sur le cæcum (côlon sigmoïde, côlon gauche).

Obs. XX. — M. Pierre DESCOMPS (*inédite*).

T... François, 53 ans, la Charité, salle Trélat, 21 mars 1929.

Laparotomie latérale gauche. Une masse néoplasique occupe la partie inférieure de l'anse sigmoïde, du volume du poing, très adhérente, inextirpable. Masse adhérente avec infiltration lympho-ganglionnaire énorme. Le pédicule lymphatique remonte le long de la veine petite mésentérique, il est très volumineux. Décollement du corps pancréatique et exploration rétro-pancréatique des ganglions supérieurs qui forment une masse très volumineuse confondue avec la citerne de Pecquet. Cette exploration confirme dans l'extension et l'inopérabilité. Anus sur la partie supérieure de l'anse sigmoïde. Fermeture de la paroi en un plan, fils métalliques.

Obs. XXI. — M. Pierre DESCOMPS (*inédite*).

H... Amélie, 60 ans, la Charité, salle Andral, 21 mars 1925.

Anus cæcal préalable. Laparotomie latérale gauche, partie moyenne de l'abdomen. Tumeur de la moitié gauche du côlon transverse avec ascite rosée et greffes sur le péritoine viscéral et pariétal régional. Foie petit, sans noyaux secondaires perceptibles. Infiltration très étendue du mésocôlon au niveau de la tumeur, l'épiploon adhère. En profondeur

on sent de très gros ganglions au niveau du corps du pancréas ; en décollant le corps du pancréas, au-dessous du mésocôlon tranverse, on sent cette masse lympho-ganglionnaire qui remonte derrière la glande vers la citerne de Pecquet. Tumeur inextirpable. Fermeture de la paroi en un plan, fils métalliques.

Obs. XXII. — M. Pierre DESCOMPS (*inédite*).

Le C... Yves, 56 ans, la Charité, salle Trélat.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le rectum, l'anse sigmoïde et le côlon lombaire sont complètement adhérents, il n'y a pas d'anse flottante ; en somme pas de côlon sigmoïde ; il y a un côlon lombaire, un côlon iliaque et un recto-côlon pelvien se terminant à l'anus. Côlon dur dans toute la région iliaque avec péricolite subaiguë intense ; on ne sent pas de ganglions. Exploration ascendante le long de la veine petite mésentérique, des lymphatiques jusqu'au corps du pancréas. On décolle le corps du pancréas pour explorer la région cœliaque et la citerne de Pecquet, on ne sent pas de ganglions. Il semble donc bien qu'il n'y a pas de néoplasme et que la tumeur perçue était le bloc inflammatoire révélé par la laparotomie exploratrice. Fermeture de la brèche péritonéale sous-pancréatique. Epiploon rouge, rétracté, adhérent à l'angle ; résection de l'épiploon. Appendicectomie d'un énorme appendice en massue adhérent à la face antérieure du côlon ascendant et ouvert au niveau de sa pointe dans le côlon ascendant. Fermeture à deux plans du côlon ascendant.

M. Pierre Descomps nous signale trois observations analogues de malades de sa pratique privée où il s'agissait de « tumeurs » inflammatoires sténosantes, à des degrés divers, du côlon descendant ou une telle exploration a révélé l'absence de ganglions *in situ* et rétro-pancréatiques, ces derniers explorés comme ci-dessus, ce qui a permis d'éliminer l'hypothèse de néoplasme. Dans les trois cas il a fait une dérivation par iléo-sigmoïdostomie. Dans les trois cas il y avait dans le passé

du malade des accidents dysentériques graves et dans un cas on a trouvé des amibes dans les selles.

Telle est l'indication générale de l'exploration ; mais l'exploration du grand confluent lymphatique portal doit être spécialement signalée car elle répond à la région de décollement de la zone mésogastrique.

La disposition rappelée plus haut des lymphatiques du dernier segment du côlon transversal qui se rendent, sans autre relai ganglionnaire notable, des ganglions rétro-pancréatiques directement à la citerne de Pecquet, rend compte de la gravité bien connue des cancers de ce segment des côlons en raison de leur extension rapide qui en fait presque d'emblée des cancers inopérables et souligne l'importance de l'exploration en arrière du pancréas du territoire ganglionnaire de ce segment. Il faut dans ce cas décoller la zone mésogastrique exactement comme il a été dit à propos de la ligature des vaisseaux spléniques, l'aborder par voie sous-mésocolique et sous-pancréatique, au-dessus de l'angle duodéno-jéjunal.

Rappelons que les temps opératoires sont les suivants. Le côlon transverse et le grand épiploon sont rabattus vers le haut, relevés comme pour une gastro-entérostomie postérieure ; étalement de la partie gauche du mésocôlon transverse tout près de sa racine (fig. 34) ; décollement à la sonde cannelée et on aperçoit bientôt le bord inférieur du pancréas derrière lequel on pénètre.

C'est un point sur lequel M. Pierre Descomps insiste d'une façon particulière ; il a coutume de considérer comme inopérables tous les cancers du segment terminal du côlon transversal qui se révèlent au cours de cette exploration rétro-pancréatique accompagnés d'une infiltration indurée qui s'étend jusqu'à la citerne et aux

nombreux troncs qui convergent vers le grand confluent lymphatique abdominal.

b) Exploration des lymphatiques et des ganglions de la glande génitale gauche.

C'est une question qui n'intéresse la région d'accolement mésogastrique que dans la partie la plus élevée du champ opératoire, quand on extirpe en un bloc les ganglions de la glande génitale et la glande elle-même reconnue atteinte de tumeur maligne. L'abord par la voie latérale gauche sous-péritonéale conduit à décoller le mésogastre et à découvrir les ganglions lombaires latéraux les plus élevés au niveau et même au-dessus du pédicule rénal, exactement comme on découvre le rein et la surrénale. Et comme dans ces cas on passe, sans même s'en apercevoir, du décollement du mésocôlon terminal au décollement du mésogastre, la manœuvre reste des plus simples.

Rappelons que M. Pierre Descomps, dans le *Nouveau traité de Chirurgie* a bien précisé les divers temps de cette opération préconisée par Chevassu, pour le testicule et que — chose assez curieuse d'ailleurs — à peu près rien n'a été fait en ce qui concerne l'ovaire, dont la chirurgie paraît ignorer presque complètement les lymphatiques et les ganglions.

CONCLUSIONS

I. — La zone accolée mésogastrique peut être clivée par le chirurgien comme toutes les autres zones accolées du péritoine.

Le clivage total met immédiatement sous les yeux et rend facilement abordables de nombreux organes : l'artère splénique en particulier dont l'hémostase est ainsi rendue très facile, la rate, le pancréas, la surrénale gauche, le rein gauche et les ganglions et les lymphatiques de la région.

On peut n'avoir à utiliser que des clivages partiels. Le seul pratiqué de façon systématique est le décollement de bas en haut dit colo-épiploïque. Il rend de très grands services en particulier dans la chirurgie du côlon transverse. Encore pourrait-il être pratiqué vers la gauche d'une autre manière que nous exposons seulement à partir de la racine du mésocôlon transverse après désinsertion partielle de ce dernier. Mais il est un autre clivage partiel, non encore pratiqué de façon systématique, c'est le décollement de gauche à droite qu'on pourrait appeler spléno-pancréatique ; c'est celui qui porte successivement sur la rate puis sur la queue et le corps du pancréas. L'essentiel que poursuit notre exposé est l'utilisation de ce clivage en chirurgie splénique et pancréatique en particulier. L'un et l'autre de ces deux clivages partiels peut d'ailleurs être poussé aussi loin qu'on le veut vers le clivage total ou réduit au strict nécessaire.

II. — La question fondamentale est l'accès sur le pédicule splénique porté vers la gauche par le mésogastre et dont l'hémostase gouverne toute la chirurgie de cette région.

L'artère splénique est un vaisseau dont la disposition générale est connue ; mais qui en pratique chirurgicale présente de nombreuses variations qui, du point de vue de l'anatomie chirurgicale, sont fort importantes à connaître, par exemple pour pouvoir utiliser au mieux ses diverses voies d'abord. Sur cette question nous apportons notre contribution basée sur de nouvelles recherches anatomiques. La terminaison de l'artère splénique, le mode d'origine de l'artère gastro-épiplœique gauche, ont été en particulier précisés avec quelques détails.

Les voies d'accès sur l'artère splénique sont nombreuses. On peut l'aborder en tous les points de son trajet.

Nous proposons deux nouvelles voies d'abord, basées sur le décollement de la zone accolée mésogastrique. Elles ne font pas double emploi avec les voies d'accès déjà connues. Les avantages qu'elles présentent nous paraissent dignes de retenir l'attention.

1° Abord de l'artère splénique au niveau de sa portion moyenne par voie sous-pancréatique, sous-mésocolique par décollement partiel de la zone accolée mésogastrique exécuté de bas en haut, après désinsertion partielle du mésocôlon transverse donc avec rabattement du pancréas (Fig. 34, page 98 et planche I). Voie facile, toujours libre, permettant d'obtenir très rapidement et très sûrement l'hémostase même dans les cas très difficiles ;

2° Abord de l'artère splénique en un point quelconque de son trajet par décollement partiel de la zone accolée

mésogastrique exécuté de gauche à droite, donc avec rabattement de la rate, puis du méso spléno-pancréatique, puis du pancréas. Procédé qui permet d'éviter les difficultés de l'abord du hile splénique d'avant en arrière et met sous les yeux et la main, très rapidement et très sûrement, le tronc artériel dans l'étendue nécessaire et aussi large que le chirurgien peut le désirer. (Fig. 36, 37, 38, pages 104-105-106 et planche II).

III. — La splénectomie peut être une opération facile et dans ce cas toutes les techniques sont bonnes. Elle peut d'autres fois être une opération très difficile et dans ce cas il est bon de pouvoir adopter celle qui convient le mieux au cas particulier pour lequel on intervient.

De toute façon il faut faire une ligature préalable du pédicule splénique. Or chacune des techniques de ligature de l'artère splénique permet d'envisager une technique particulière de splénectomie. Les deux voies d'abord nouvelles que nous proposons pour lier ce pédicule comportent donc chacune une méthode particulière de splénectomie ; la ligature des vaisseaux est le premier temps d'une opération dont l'exérèse de l'organe apparaît comme le second temps très simplifié.

IV. — Les indications des pancréatectomies partielles portant sur la queue et le corps du pancréas sont assez nombreuses ; cependant les cas cliniques sont rares, du moins jusqu'à ce jour, ceci, pour une part, en raison des difficultés, plus apparentes que réelles, que présente cette chirurgie. La fréquence des cas cliniques intéressant la tête de l'organe, les très nombreuses indications qui en découlent, les difficultés réelles que présente

cette chirurgie, entretiennent une confusion que rien ne justifie.

Les techniques des pancréatectomies partielles, portant sur la queue et le corps du pancréas découlent directement, pour les mêmes raisons que les techniques de la splénectomie des principes directeurs énoncés précédemment à propos de la ligature de la splénique et de ses diverses voies d'accès et permettent de conclure dans le même sens, celui d'une simplification dans les techniques de cette chirurgie.

V. — Le rein gauche, la surrénale gauche, les lymphatiques et les ganglions de la glande génitale gauche — sur ces divers points nos commentaires restent très brefs — sont facilement abordables par la laparotomie latérale sous-péritonéale gauche, donc à la partie la plus haute du décollement, par décollement de la zone accolée mésogastrique ; au-dessous c'est du décollement de la zone accolée mésocolique gauche qu'il s'agit.

Cependant un cas particulier d'utilisation du décollement partiel de la zone accolée mésogastrique nous paraît présenter un intérêt particulier c'est l'exploration directe immédiate, des confluent lymphatiques rétro-pancréatiques, en particulier pour contribuer à établir et l'indication et le pronostic opératoire dans les tumeurs des côlons gauches ayant débordé les premiers relais ganglionnaires.

Vu le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse,
CUNEO.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

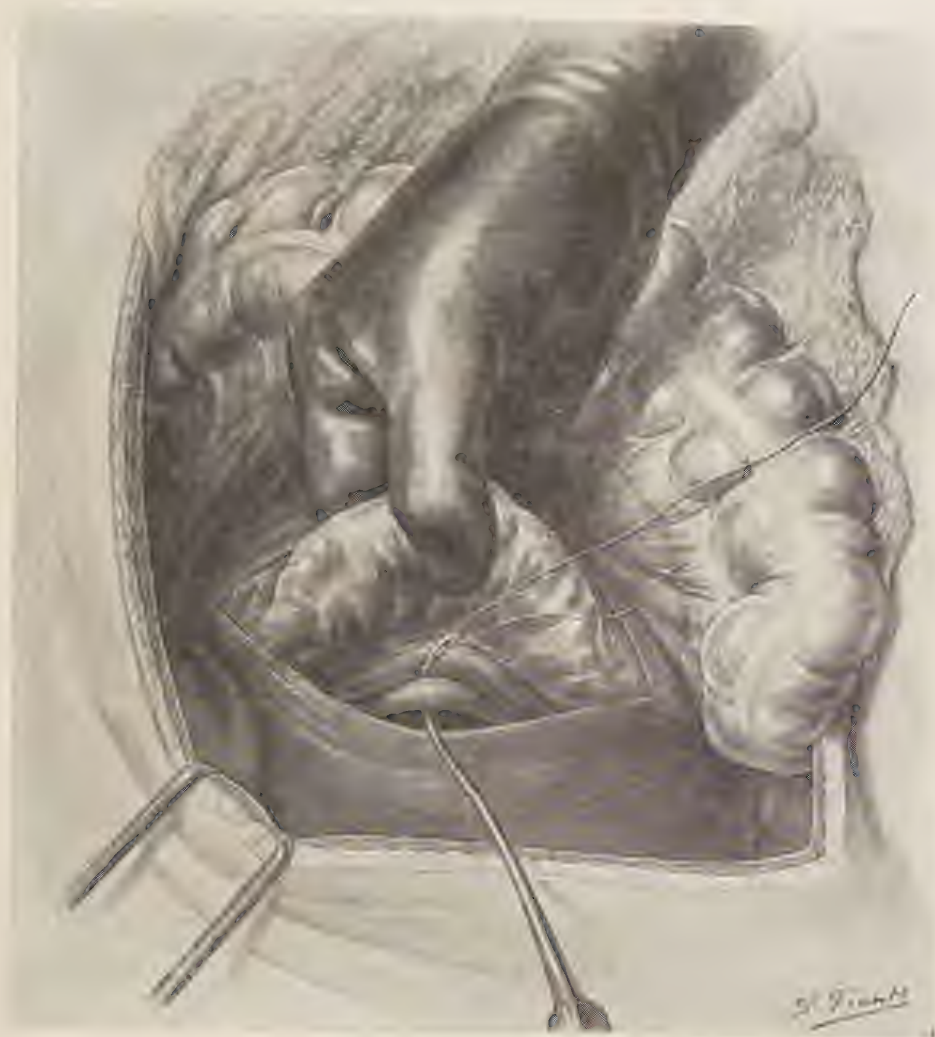


Planche I. — Découverte de l'artère splénique par la voie sous-mésocolique et sous-pancréatique. La bascule du corps du pancréas a été effectuée, la glande est confiée à la main droite de l'aide. L'artère splénique aisément abordable est facilement séparée de sa veine et chargée sur une aiguille de Deschamps. Nouvelle voie d'accès proposée (Dessin d'après une préparation personnelle).

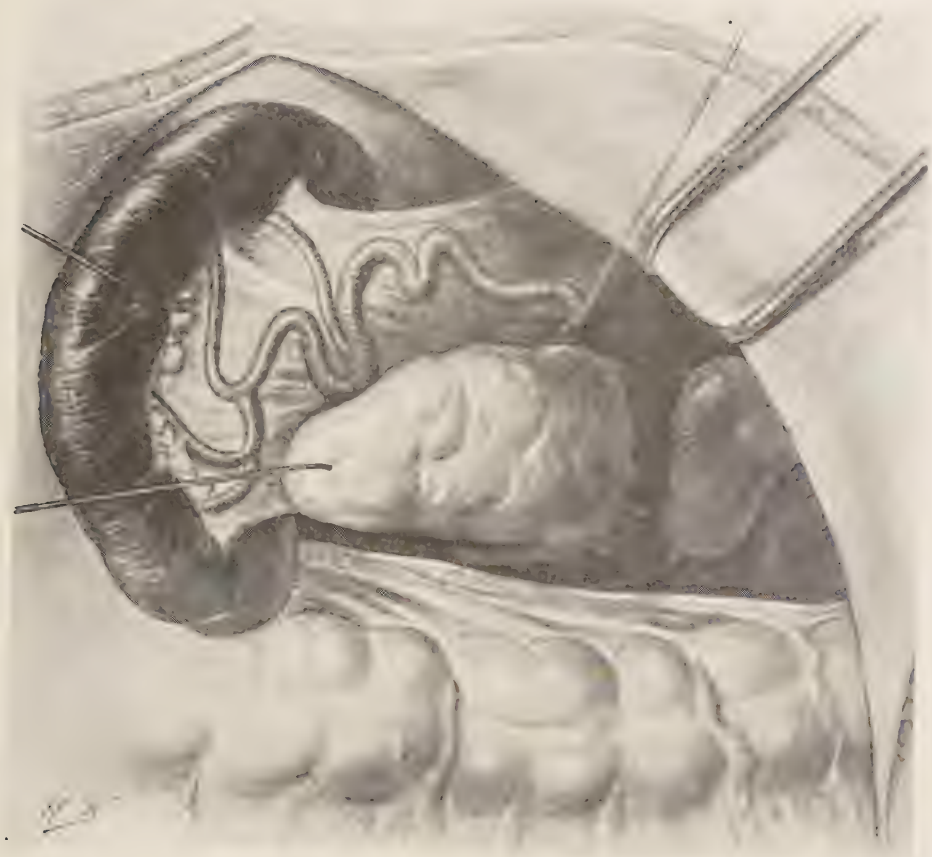


Planche II. — Décollement de la zone mésogastrique (segment supérieur pariétal). Second degré, décollement total à moitié de son exécution environ. Pour bien montrer les vaisseaux et le pancréas on a enlevé d'un coup de compresse le mince voile celluleux et la graisse qui les cachaient. Il s'agissait d'un décollement vrai. Remarquer la ligature faite sur la splénique auparavant suivant la technique figurée dans la planche précédente. Dessin d'après une préparation personnelle).

BIBLIOGRAPHIE

AUVRAY. — Kystes hydatiques du pancréas (*Gaz. Hôp.*, 1925, p. 1364).

BARALDI. — Kystes du pancréas (*Santa Fé Méd.*, an I, n° 2, p. 106-125).

BISCHOF. — A propos des ligaturès vasculaires dans la splénectomie (*Deutsch Zeistch. f. Chir.*, CLXXXIII, 1924, p. 396-400).

BONNEAU. — Pseudo-kystes traumatiques du pancréas (*Presse Méd.*, n° 65, 16 août 1922, p. 701).

BROcq et MIGINIAC. — Les pancréatites chroniques (XXXIX^e Congrès fr. de Chir., 1930, p. 147-319).

CHAVANNAZ et GUYOT — Maladies du pancréas de la rate et du mésentère (*Nouveau Traité de Chir.*, fasc. 26).

COFFEY. — Pancréato-entérostomie et pancréatectomie (*Ann. of Surg.*, L, 1909, p. 1238-1264, 6 pl.).

COFFEY. — Pancréato-entérostomie (*Surg. Gyn. and. Obst.*, X, 1910, p. 208-210).

DESCOMPS (Pierre). — Le tronc cœliaque (Paris, 1910).

DESCOMPS (Pierre). — Les zones accolées du péritoine. (Leur décollement opératoire). (*Rev. Chir.*, XLI, 1922, p. 451-498, 102 fig.).

DESCOMPS (Pierre) et DUCASTAING. — Les angles coliques chez le fœtus et le nouveau-né (*Rev. Chir.*, XLI, 1922, p. 30-59, 19 fig.).

DESCOMPS (Pierre) et TURNESCO. — Les grands courants lymphatiques de l'abdomen; leur convergence, leurs ganglions satellites (*Arch. franco-belges de Chir.*, 1922 p. 298-319, 8 fig.).

DESCOMPS (Pierre) et TURNESCO. — La circulation lymphatique

tique du gros intestin (*Rev. Chir.*, XLII, 1923, p. 329-377. 10 fig.).

CUNEO. — Un cas de kyste dit du mésentère (*Arch. gén. de Méd.*, 1909, p. 65).

DESPLAS et PHILARDEAU. — Kyste canaliculaire de la tête du pancréas (Rapp. de M. Mathieu, *Soc. Chir.*, 15 mars 1922).

FINNEY. — Résection du pancréas (*Trans. Am. Surg. Assoc.*, 1910, p. 315-330).

FREDET. — Le péritoine (in Poirier et Charpy, *Traité d'Anatomie humaine*).

GOINARD. — Sur la paroi antéro-latérale de l'abdomen (*Ann. Anat. path.*, VI ; 1929, p. 627-639, 5 fig.).

HARTMANN (H) — Note sur quatre cas de rate mobile (*IX^e Congrès fr. de Chir.*, 1895, p. 499).

HARTMANN (A). — Kyste du mésocôlon transverse simulant un kyste du pancréas (*Soc. Chir.*, 1905, p. 641).

HAVLICEK. — Un cas opéré et guéri de rupture du pancréas et de la rate, avec quelques remarques sur la douleur scapulo-humérale (*Zent. f. Chir.*, III, 1925, p. 1967-1972).

HERTZ. — Quelques remarques sur la surrénalectomie. Technique opératoire (*Presse Méd.*, n° 21, 12 mars 1927, p. 323-324, 3 fig.).

HERZBERG. — Résultats pratiques de l'extirpation des surrénales dans la gangrène dite spontanée d'après les données de 110 cas de Chirurghiens Russes (*Arch. f. Klin. Chir.*, CXLIII, 1927, fasc. I, p. 125-145).

JOSSIFOW. — Le système lymphatique de l'homme (Iéna 1930).

LABAN. — Le segment transversal du côlon (*Thèse Paris*, 1923).

LAUNAY. — Kyste dermoïde du méso-côlon transverse (Rapp. de M. Potherat, *Soc. Chir.*, 1903, p. 923-930).

LECÈNE. — A propos de la pathogénie des kystes séreux de l'arrière-cavité (*Soc. Chir.*, 2 juin 1920).

LECÈNE et DENIKER. — Remarques sur certaines indications et sur la technique de la splénectomie (*J. Chir.*, XXIII, 1924, p. 225-248).

LECÈNE et LEBICHE. — Thérapeutique chirurgicale (Paris, 1926).

LEHNSBECHER. — Sur la rupture isolée sous-cutanée du pancréas (*Bull. Acad. Chir.*, 1924, CXXXII, 1924 fasc. 3, p. 369-379, 2 fig.).

LERICHE. — Du traitement par la surrénalectomie de certains adénomes du pancréas (*Revue Chir.*, 12 mai 1928, p. 321-328).

LERICHE. — Etude clinique sur le cancer du corps du pancréas (*Lyon Chir.*, IV, 1919, p. 261-273).

LERICHE et MICHON. — Les gangrènes d'origine artérielle d'après les travaux russes contemporains (*Arch. Mal. Cœur et Vaisseaux*, 1924, p. 733-760).

LERICHE et STRICKER. — Données générales sur les artérites systémiques et leur traitement par artériectomie ou la surrénalectomie (*Soc. Chir.*, 8 février 1928).

LISS. — Le traitement de la pancréatite chronique par la pancréatodélectomie, opération nouvelle (*Ann. of Surg.*, LIII, 1911, p. 765-782, 7 fig.).

LOUIS. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des adénopathies dans les cancers des côlons transverse et gauche (*J. Chir.*, XXIX, 1927, p. 129-136, 21 fig.).

MAYO. — La chirurgie du pancréas. — I. Blessures du pancréas au cours des opérations sur l'estomac. — II. *Id.* sur la rate. — III. Résection de la muqueuse du pancréas pour tumeur (*Ann. of Surg.*, LVIII, 1913, p. 143-150, 3 pl.).

OFORI. — Diabète spontané et surrénalectomie (*Lyon Chir.*, XXIV, 1927, p. 1624).

OFORI. — Epinephrectomie pour hyperadrénalisme (*Ann. of Surg.*, LXXXVII, 1928).

PELLEU et WOOD. — Thoracopie du pédicule de la rate (*Soc. Anat.*, 1909, p. 390).

PETREMAR. — Kyrie chirurgicale hématurique de la paroi postérieure de l'abdomen (*Soc. Chir.*, 1903, p. 393-396).

RENNET. — Les pédicules vasculaires et lympho-ganglionnaires du côlon transverse. Recherches en vue de la chirurgie de cet organe (*Ann. Anat. Path.*, III, 1926, p. 371-386, 2 fig.).

RIES et SCHOTT. — Kyrie de la surrénale (*Munchener med. Woch.*, LXXVI, 1929, p. 621-624, 1 radioj.).

RIO BAÑICO. — Anatomie et médecine opératoire du tronc

cœliaque, en particulier de l'artère hépatique (*Thèse Paris*, 1912).

SILVESTRINI. — Extirpation graduelle de la rate hypertrophiée et adhérente (*Arch. ital. di Chir.*, XXIV, 1929, p. 690-711 ; Analyse *J. Chir.*, XXXVI, 1930, p. 114-116).

SEBILEAU et DESCOMPS. — Maladies des organes génitaux de l'homme (*Nouv. Traité de Chir.*, fasc. XXXII, p. 576-602).

STEIN. — Sur une voie d'accès peu employée vers le pancréas dans les pancréatites aiguës (*Zent. f. Chir.*, LIII, 1926, p. 2844-2850, 5 fig.).

TURNESCO. — Le mésentère (*Thèse Paris*, 1923, 81 fig., Arnette, éditeur).

VILLAR. — La chirurgie du pancréas (*Congrès de Chir.*, 1905, p. 411-724, 167 fig., obs. Reynès, p. 635).

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Anatomie chirurgicale

CHAPITRE PREMIER. — <i>Anatomie topographique évolutive de la zone péritonéale accolée mésogastrique</i>	15
A. La zone accolée mésogastrique	15
B. Le pancréas, le côlon transverse et son méso, les angles coliques dans leurs rapports avec la zone accolée mésogastrique	27
a) Le pancréas	27
b) Le côlon transverse	28
c) Le mésocôlon transverse	30
d) Les angles coliques	38
C. Vue d'ensemble	43
D. Texture des zones accolées	43
E. Variations des accolements	44
F. Clivage de la zone accolée mésogastrique chez le fœtus	46
CHAPITRE DEUXIÈME. — <i>Les vaisseaux spléniques</i>	51
A. L'artère splénique	51
a) Origine	52
b) Trajet	54
1 ^o Segment initial, sus-pancréatique	55
2 ^o Segment moyen, rétro-pancréatique	57
3 ^o Segment terminal, pré-pancréatique	64
c) Terminaison ..	69

B. Les branches collatérales de l'artère splénique . . .	72
a) Collatérales du tronc	72
1° Branches pancréatiques descendantes . . .	72
2° Branche splénique polaire supérieure . . .	73
3° Branche gastrique postérieure ascendante .	74
b) Collatérales des branches terminales	74
1° Artère gastro-épiploïque gauche	74
2° Artères gastriques dites vaisseaux courts .	78
C. La veine splénique	79
D. Les vaisseaux lymphatiques spléniques et leurs ganglions	82
E. Les vaisseaux lymphatiques pancréatiques	84

DEUXIÈME PARTIE

Applications chirurgicales

CHAPITRE PREMIER. — <i>Chirurgie splénique</i>	91
A) Les voies d'accès sur les vaisseaux spléniques et spécialement sur l'artère splénique	91
a) Découverte de la splénique à son origine et au niveau de sa première portion, en passant à travers le petit épiploon	93
b) Découverte de la splénique au niveau de sa portion moyenne, derrière le corps du pan- créas	94
1° Voie sus-pancréatique, transgastro-colique .	94
2° Voie sus-pancréatique, transmésocolique . .	96
3° Voie sous-pancréatique et sous-mésocolique .	96
c) Découverte de la splénique au niveau de sa portion terminale, dans la paroi postérieure de l'arrière cavité des épiploons, en passant à travers le méso gastro-splénique et l'arrière- cavité	99
1° Au niveau de la queue du pancréas	99
2° Au niveau du hile de la rate	101

d) Découverte de la splénique en un point quelconque de son trajet par décollement de la zone accolée mésogastrique exécuté de gauche à droite, donc avec rabattement de la rate, puis du méso pancréatico-splénique, puis du pancréas	103
B. Les splénectomies	108
a) Les indications	108
b) Les voies d'accès	109
c) La technique de la splénectomie	110
1° Cas faciles	110
2° Cas difficiles	112
α) Splénectomie après ouverture de l'arrière-cavité des épiploons et ligature préalable du pédicule splénique dans sa portion terminale....	114
β) Splénectomie après ligature préalable du pédicule splénique dans sa portion moyenne derrière le corps du pancréas	116
γ) Splénectomie et ligature du pédicule splénique simultanées après décollement de gauche à droite de la zone accolée mésogastrique	118
CHAPITRE DEUXIÈME. — <i>Chirurgie de la queue et du corps du pancréas. Les pancréatectomies partielles du corps et de la queue</i>	123
I. LES INDICATIONS	123
A. Plaies et ruptures du pancréas	124
B. Pancréatites chroniques et lithiase pancréatique ..	127
C. Tumeurs du pancréas	130
a) Tumeurs liquides ou kystes	131
1° Kystes glandulaires vrais	131
α) Kystes congénitaux	131
β) Kystes non congénitaux	136
γ) Kystes parasitaires	138

2° Pseudo-kystes du pancréas ou kystes parapancréatiques	138
α) Kystes dermoïdes	139
β) Kystes séreux	141
b) Tumeurs solides. Cancer du pancréas.....	150
II. LES VOIES D'ACCÈS	155
a) Voie extra-péritonéale latérale gauche	155
b) Voie transgastrique	156
c) Voie gastro-hépatique	158
d) Voie gastro-colique.....	158
e) Voie transmésocolique	159
f) Voie d'accès par décollément total de la zone accolée mésogastrique de gauche à droite...	160
III. LA TECHNIQUE DE LA PANCRÉATECTOMIE PARTIELLE, CORPS ET QUEUE	163
a) La libération et la résection du pancréas	163
b) Le moignon pancréatique et le canal excréteur.	164
CHAPITRE TROISIÈME. — <i>Chirurgie du rein gauche</i>	167
CHAPITRE QUATRIÈME. — <i>Chirurgie de la surrénale gauche</i>	169
CHAPITRE CINQUIÈME. — <i>Chirurgie lympho-ganglionnaire dans ses rapports avec la chirurgie des côlons gauches et de la glande génitale gauche</i>	175
A. Les courants lymphatiques abdominaux	177
a) Les courants lymphatiques intestinaux	177
b) Les courants lymphatiques génitaux	186
B. Exploration des courants lymphatiques abdominaux.....	186
a) Exploration des lymphatiques et des ganglions des côlons gauches	186
b) Exploration des lymphatiques et des ganglions de la glande génitale gauche	190
<i>Conclusions</i>	191
<i>Bibliographie</i>	195

1931. Saint-Amand (Cher). - Imp. A. CLERC
